

Univerzita Karlova v Praze

1. lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Michaela Kramlová

Pacient s Alzheimerovou chorobou

Případová studie

Patient with Alzheimer's disease

Case study

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Eva Marková

Praha 2013

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze 12.4.2013

Michaela Kramlová

Identifikační záznam:

KRAMLOVÁ, Michaela. *Pacient s Alzheimerovou chorobou, případová studie [Patient with Alzheimer's disease, Case study]*.

Praha 2013. 63 s, 8. příloh. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Marková Eva.

Abstrakt v českém jazyce:

Bakalářská práce se zabývá shrnutím teoretických poznatků o Alzheimerově chorobě a ošetrovatelskou péčí u takto nemocného pacienta. Cílem praktické části bylo přiblížení specifik ošetrovatelské péče a zhodnocení individuálních ošetrovatelských diagnóz v rámci ošetrovatelského procesu.

Klíčová slova:

Alzheimerova choroba, demence, komunikace, ošetrovatelská péče, ošetrovatelský proces, terapie

Abstrakt v anglickém jazyce:

Bachelor thesis deals with a summary of theoretical knowledge about Alzheimer's disease and nursing care for such a sick patient. The practical part was closer specifics of nursing care and evaluation of individual nursing diagnoses within the nursing process.

Keywords:

Alzheimer's disease, dementia, communication, nursing care, nursing process, therapy

Tímto bych velice ráda poděkovala své vedoucí práce Mgr. Evě Markové za odborné vedení, vstřícný přístup a cenné připomínky v průběhu zpracování mé bakalářské práce. V neposlední řadě děkuji také své rodině a blízkým za podporu a trpělivost po celé období mého studia.

OBSAH

ÚVOD

1 Alzheimerova choroba	10
1.1 Alois Alzheimer.....	10
1.2 Charakteristika demence.....	11
1.3 Dělení demencí.....	11
1.4 Etiopatogeneze.....	12
1.5 Příznaky.....	15
1.6 Diagnostika.....	17
1.6.1 Používaná vyšetření pro diagnostiku demence.....	18
1.7 Terapie.....	19
1.7.1 Farmakologická terapie.....	19
1.7.2 Nefarmakologická terapie.....	21
1.8 Ošetrovatelská péče.....	24
1.8.1 Práce s pacientem v jednotlivých stádiích.....	26
1.8.2 Komunikace s pacientem postiženým ACH.....	28
2 Případová studie pacienta s Alzheimerovou chorobou.....	30
2.1 Cíle, metody a techniky šetření.....	30
2.2 Případová studie.....	30
DISKUZE.....	46
ZÁVĚR.....	49
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ INFORMACÍ.....	50

SEZNAM PŘÍLOH.....	53
--------------------	----

ÚVOD

Alzheimerova choroba. Význam tohoto slova se již mnohokrát dostal na mysl většiny lidí a nepochybně v nich způsobil určitou míru obav. Demence, tedy průvodní jev této závažné a v naší společnosti velmi rozšířené nemoci, jejíž frekvence výskytu se, navzdory snahám lékařů při vývoji nových druhů léků stále zvyšuje, patří tedy mezi nejčastější a nejobávanější nemoci vyššího věku.

Člověk tak namísto prožívání a žití důstojného života ve stáří ztrácí schopnost vykonávat běžné, smysluplné činnosti, chápat okolní dění, ztrácí, pro jeho emocionální a duševní stav tolik důležitou soběstačnost a je často zcela odkázán na péči od okolí. Pro rodinu je pak takový člověk často jak velkou časovou, tak i emocionální zátěží a jeho stav může do velké míry ovlivnit její chod.

Při výběru tématu práce jsem vycházela z toho, že Alzheimerova choroba se v naší rodině vyskytuje už po několik generací a neboť jsem člověk velmi zvědavý, byla to pro mě příležitost zjistit o této nemoci co nejvíce informací a to i proto, že bych jí sama jednou mohla zažít.

Cílem této práce bylo především shrnutí dosavadních poznatků o této rozšířené nemoci. Šlo především o její definici a dělení, dále jsem se pak zaměřila na nejčastější příznaky, možnosti diagnostiky a následnou terapeutickou péči. V závěru teoretické části práce jsem se zaměřila na komunikaci, která je pro lékařský personál při péči o pacienty postižené Alzheimerovou demencí velmi důležitá a vzhledem k tomu, co jsem zažila v dosavadní praxi i velmi opomíjená.

Praktická část této práce obsahuje případovou studii, ke které jsem získala podklady v rámci svého působení na oddělení Léčebny dlouhodobě nemocných v Pražských Vršovicích. Hlavním cílem této části bylo vystižení nejdůležitějších specifik práce s pacientkou s diagnostikovanou Alzheimerovou chorobou a též jsem měla i možnost zhodnotit vnímání situace ze strany rodinných příslušníků dané pacientky a udělat si tak na situaci ucelenější pohled.

1 ALZHEIMEROVA CHOROBA

1.1 Alois Alzheimer

Alois Alzheimer se narodil 14. června 1844 ve vesnici Marktbreit v jižním Německu. Studoval na univerzitách v Aschaffenburg, Tübingen, Berlíně a Würzburgu, kde mu byl roku 1887 udělen lékařský diplom. O rok později, v roce 1888, zahájil ve Frankfurtu nad Mohanem studium psychiatrie a svůj zájem směřoval k neuropatologii, díky které se seznámil s neurologem Franzem Nisslem. Spolu s ním se pustil do rozsáhlého vyšetřování patologie nervového systému, zejména fyziologické a patologické anatomie mozkové kůry. V roce 1895 byl Alzheimer jmenován ředitelem v Irrenanstaltu, kde dále pokračoval ve výzkumu, včetně klinické studie manické deprese a schizofrenie. V roce 1901 pracoval ve Frankfurtu nad Mohanem, kde se poprvé setkal s pacientkou Augustou Deter, která byla na kliniku přijata 25. listopadu ve svých 51 letech. Na pozvání psychiatra Emila Kraepelina odešel pracovat roku 1902 na univerzitní psychiatrickou kliniku do Heidelbergu. V následujícím roce doprovodil profesora Kraepelina na univerzitní psychiatrickou kliniku do Mnichova. Když v roce 1906, ve věku 55 let, paní Augusta Deter zemřela, pracoval Alzheimer v Mnichově. Když se o její smrti dozvěděl, požádal nadřízeného pracovníka o přístup k jejím záznamům. Při vyšetřování mozku paní Augusty objevil nejen ztenčení mozkové kůry, ale také přítomnost senilních plaků a neurofibrilních klubek, což byla abnormalita, která definovala novou nemoc a nyní nese jméno svého objevitele. V roce 1908 se stal ředitelem kliniky anatomické laboratoře v psychiatrickém institutu. Jeho celkové působení v Mnichově je považováno za velmi úspěšné a přínosné. Dne 16. července 1912 ho pruský král Vilém II. jmenoval řádným profesorem psychiatrie na univerzitě v Breslau. Poslední roky svého života věnoval své celoživotní lásce, a sice výzkumu a klinické práci. Kvůli zhoršujícímu se zdravotnímu stavu nebyl schopen otevřít svou

univerzitu ve Vratislavi. Alois Alzheimer zemřel v 51 letech na selhání srdce po prodělané endokarditidě (<http://www.whonamedit.com>).

1.2 Charakteristika demence

Demence jsou závažné psychické poruchy, které vedou k výrazné poruše kognitivních i nekognitivních funkcí. Postižení těchto funkcí je zpravidla progredientní a je tak výrazné, že podstatně interferuje se schopností soběstačnosti postiženého (Jirák et al., 2013)

Alzheimerova choroba (dále jen ACH) je primárně degenerativním ireverzibilním onemocněním šedé kůry mozkové s pomalu plíživým avšak trvale progresivním průběhem a typickými klinickými a patofyziologickými změnami (Pidrman, 2007). Obecně jsou u demencí postiženy tři skupiny funkcí, které se vzájemně prolínají, a to funkce kognitivní, aktivity denního života a behaviorální a psychologické příznaky, které označují poruchy emocí, chování, spánku a cyklu spánek-bdění (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009). ACH postihuje především kognitivní funkce nemocného, kam se řadí porucha paměti, dále pak porucha orientace, pozornosti, intelektu a emotivity (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

1.3 Dělení demencí

Demenci, stejně jako každé jiné onemocnění, je potřeba nejprve správně rozpoznat a diagnostikovat a teprve poté se pokusit poznat její etiologii, která je důležitá z hlediska našeho poznání i následné léčby (Pidrman, 2007).

Celkově se demence dělí několika způsoby. Může to být dělení podle příčiny, na demence, které vznikají buď na podkladě atroficko-degenerativních procesů, nebo demence, vznikající na podkladě

celkového onemocnění, tzv. demence symptomatické (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009). Dalším typem dělení demencí je na primární, sekundární a smíšené. Mezi primárně degenerativní demence patří ACH, frontotemporální demence a demence s Lewyho tělísky. Sekundární demence jsou způsobeny řadou faktorů a mezi nejčastější patří vaskulární, metabolické a toxické demence, demence při Parkinsonově chorobě, při nádorech CNS a demence způsobené infekcemi. Smíšené demence, pak tvoří 10 - 15 % všech demencí (Pidrman, 2007).

1.4 Etiopatogeneze

Epidemiologie

Většinu demencí (50 - 60 %) tvoří demence Alzheimerova typu. Průměrné trvání ACH od stanovení diagnózy je 6-12 let. Druhou nejčastější skupinou jsou demence vaskulární, podmíněné cévním postižením centrálního nervového systému, které tvoří 15 - 30 % všech demencí. Doba přežití pacienta s tímto typem demence je obvykle kratší než u ACH, zpravidla 5-8 let. Až 70 % pacientů s demencí patří do skupiny velmi starých osob (80 let a více), je tedy zřejmé, že demence představuje onemocnění převážně seniorského věku a vyššího seniorského věku (Fialová, 2011). V současné době celosvětově trpí demencí přibližně 26 milionů lidí a každým rokem přibývá kolem 5 milionů nových případů. Podle Eurostatu bude v roce 2049 trpět demencí 10 milionů Evropanů. I přes jasné důkazy o prospěšnosti časně diagnostiky, časně léčby a podpory, existují v Evropě významné rozdíly mezi jednotlivými zeměmi. V časném diagnostikování demence u pacientů by měli hrát hlavní roli praktičtí lékaři. Z celkového množství pacientů je u nás léčeno jen zhruba 15 % postižených nejmodernějšími léky. Česká republika tak zaostává za

zeměmi západní Evropy a USA, kde je tímto způsobem léčena více jak třetina postižených (<http://www.alzheimernf.cz/pro-pecujici-a-pacienty/situace-v-cr-a-ve-svete>). Bohužel stále platí, že ACH je jednou z největších hrozeb moderní společnosti, na níž je upírána jen velmi malá pozornost, což je velmi paradoxní, vzhledem k tomu, že celkové roční náklady léčby pro jednoho nemocného demencí činí 22 až 30 000 eur (Holmerová, 2010).

Rizikové faktory

Alzheimerova choroba je onemocnění, při kterém dochází k úbytku nervových buněk, proč tomu tak je, zatím není zcela jasné, ovšem z epidemiologických studií vyplývají rizikové faktory, které vznik této nemoci značně ovlivňují. Všeobecně se vědci domnívají, že ACH je způsobena kombinací více vlivů různých rizikových faktorů, které, pokud překročí určitou hranici, překonají přirozené samoregulační a opravné mechanismy mozku a dojde tak k rozvinutí choroby. K nejvýznamnějším faktorům patří věk nemocného. Nejčastěji vzniká onemocnění ve věku 65 až 74 let, pravděpodobnost vzniku tohoto onemocnění se přibližně každých 5 let zdvojnásobuje. Rodinná anamnéza demence a tím i genetická predispozice zvyšuje toto riziko až čtyřikrát, zejména ve věku nad 80 let. Mezi další rizikové faktory pak řadíme opakované úrazy hlavy, kardiovaskulární onemocnění, diabetes, vysoký krevní tlak a vysoké hladiny cholesterolu, nezdravý životní styl, kouření cigaret a nízký stupeň vzdělání (Pidrman, 2007, Guľášová, 2011).

Neuropatologie

Jak již bylo, v předchozím textu naznačeno, ACH je demence neurodegenerativního původu, při které dochází k degeneraci určitých mozkových proteinů a k tvorbě patologických proteinů. Základním neurodegenerativním článkem je tvorba beta-amyloidu, což je dlouhý neuronální transmembránově uložený peptid, který je za normálních podmínek štěpen enzymem alfa-sekretázou na krátké fragmenty nazývané beta-peptid. Tento peptid má své fyziologické role, ovšem u ACH se tyto enzymy i nadále štěpí a oligomerují (spojují mezi sebou dvě částice) a vznikají tak velmi neurotoxické molekuly. Následně dochází ke koagulaci těchto peptidů v extracelulárním prostoru mozkové kůry, částice peptidu polymerují a dochází tak k vzniku patologického proteinu beta-amyloidu, který tvoří základ neurodegenerativních ložisek, tzv. plak. V oblasti výskytu plak dochází k řadě neurodegenerativních dějů – ke sterilnímu zánětu s uvolněním působků akutní zánětlivé fáze s aktivací zánětlivých enzymů cyklooxygenáz, k uvolnění nadměrného množství excitačních aminokyselin aj. V důsledku toxicity, výše zmiňovaného, beta-amyloidu dochází k aktivaci některých proteinkináz a k degradaci intraneuronálního proteinu TAU, čímž dochází k tvorbě tzv. neurofibrilárních uzlíčků, a takto postižené neurony pak podléhají naprogramované buněčné smrti – apoptóze. U ACH se apoptóza výrazně zvyšuje a proto dochází ke kortikosubkortikální atrofii mozku. Souběžně dochází ke snížení synaptické plasticity a ke snížení tvorby některých růstových faktorů mozku (Jiráček, 2008).

1. 5 Příznaky

Klinické projevy se bez větších výkyvů rozvíjejí plíživě a nenápadně, ovšem s velmi progresivním průběhem. Mezi prvními příznaky se objevuje porucha krátkodobé paměti a její vstřípivosti. U osob v pokročilejším věku bývají tyto poruchy přisuzovány stárnutí. To je však daleko od pravdy, neboť stárnutí není choroba (Jiráček et al., 2013). Pro normální proces stárnutí, je charakteristické, že kognitivní funkce zůstávají nezměněné a logické myšlení se nezhoršuje. Symptomy ACH jsou mnohem problematičtější, než pouhopouhé vynechávání paměti. Hlubší příznaky této nemoci totiž začínají ohrožovat schopnost jedince vykonávat běžné činnosti. U nemocných ACH dochází k obtížnosti naučit se novým věcem, k sociálnímu osamocení, apatii a pasivitě. Nemocní se tak začínají stávat závislými na svém prostředí a na členech rodiny. Postupně dochází k absolutní ztrátě zájmu o aktivity či přátele a vzniká větší potřeba spánku, pasivní zábavy, kterou je např. sledování televize, či zírání do prázdna a omezení celkové komunikace s okolním světem (Callone, 2006). Dle Jiráčka (2013) se postižení kognitivních i nekognitivních funkcí u ACH, rozděluje zpravidla do tří stupňů- lehká, střední a těžká alzheimerovská demence.

Lehká alzheimerovská demence trvá v průměru 2-4 roky, v tomto stádiu již dochází k výraznějším poruchám epizodické paměti. Postižení se stále ptají na totéž. Ztrácejí své osobní věci, ukládají je na neobvyklá místa (např. ovladač do chladničky) a stále něco hledají. Již v tomto stádiu se mohou objevit i poruchy orientace v prostoru i čase (Jiráček et al., 2013). Zhoršuje se soudnost a logické myšlení. Postižení jsou schopni si dopodrobna vzpomenout na to, co dělali před dvaceti lety, ovšem nedávné události se jim již nevybaví (Holmerová, 2010). Objevují se poruchy aktivit denního života a zhoršuje se schopnost učení se novým věcem. Již v této fázi onemocnění se mohou objevit emoční poruchy v podobě deprese, úzkosti či afektivní lability. Hodnoty

orientačního diagnostického testu (dále MMSE) se pohybují v rozmezí 25-18 bodů (Jirák et al., 2013).

Střední alzheimerovská demence plynule navazuje na výše zmíněné a toto období trvá následujících 3-5 let. Odumírání mozkových buněk se šíří do celého mozku a poruchy kognitivních funkcí tak progredují (Callone, 2006). Myšlení nemocného se stává neohebným a chudým, nemocný ztrácí schopnost analýzy a logických úvah. Dochází k významnému snížení slovní zásoby, objevují se fatické poruchy typu afázie, agnózie, apraxie. Řeč je obsahově chudá a stereotypní (Pidrman, 2007). Aktivita denního života se podstatně zhoršuje. Upadá péče o sebe sama, schopnost osobní hygieny. Někdy se objevuje inkontinence moči, především v noci. V tomto období se zhoršují behaviorální a psychologické poruchy příznaky demence, zvyšuje se afektivní labilita s afekty vzteku. Nemocní v tomto stádiu přestávají být soběstačnou jednotkou a vyžadují dohled a pomoc druhé osoby. Vzhledem k obtížnosti komunikace- neschopnosti porozumět řečenému a sám něco povědět zvyšuje sociální izolaci, což často vede k projevům vzteku či smutku nemocného. Hodnoty MMSE se pohybují mezi 17-11 body (Jirák et al., 2013).

Těžká alzheimerovská demence je posledním stádiem této nemoci. Je to stádium, kdy se již ošetřovatelé nejsou schopni o pacienta postarat v domácím prostředí. Kvalita přežití během tohoto období závisí především na ošetřovatelské péči, neboť pacient ztrácí mnoho schopností pečovat sám o sebe (Callone, 2006). Nemocný přestává poznávat své nejbližší příbuzné. Nejsou schopni smysluplné činnosti. Dochází k dezorientaci časem i prostorem. Mají menší pocit hladu i žízně. Stávají se inkontinentními, ať částečně (např. dochází k úniku moči v noci), či plně (inkontinence moči i stolice). V tomto pokročilém stádiu se objevuje i motorické postižení, projevující se sklonem k pádům, apraxií chůze a někteří pacienti se stávají imobilními. Z imobility jsou pak ohroženi dekubity, hypostatickou pneumonií a dalšími komplikacemi. Poruchy chování se mohou prohlubovat a

projevovat se jako agitovanost, vydávání neartikulovaných zvuků, nevhodné upoutávání pozornosti, ničení předmětů apod. Hodnoty MMSE se pohybují v rozmezí 10-6 bodů u těžkých demencí, 5-0 bodů u velmi těžkých demencí (Jirák et al., 2013).

1.6 Diagnostika

Pro zjištění diagnózy Alzheimerovy choroby bylo vypracováno několik diagnostických postupů, ovšem dosavadní postupy nám umožňují diagnostikovat pouze „pravděpodobnou ACH“. Jistou diagnózu stanovuje, až na výjimečné případy provedení mozkové biopsie, post mortem patolog (Jirák et al., 2013).

Nejčastěji používaná diagnostická kritéria jsou DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (<http://allpsych.com/disorders/dsm.html>) a kritéria NINCDS-ADRDA (National institute of neurological and communicative disorders- Alzheimer's disease and related dementias association) (Jirák et al., 2013).

Diagnostická kritéria pro ACH podle DSM-IV jsou popsána jako vývoj mnohočetného kognitivního deficitu, který se projevuje v obou následujících bodech:

- Zhoršení paměti (neschopnost naučit se novým poznatkům a vybavit si poznatky již dříve naučené)
- Nejméně jedna z následujících poruch:
 - Afázie- porucha chápání, myšlení a nacházení slov
 - Apraxie- neschopnost provádět naučené koordinované pohyby
 - Agnozie- neschopnost poznat a interpretovat smyslové vjemy, přičemž vlastní sluchové ústrojí, vč. Příslušných nervů není poškozeno
 - Porucha exekutivních funkcí- ztráta schopnosti správně rozpoznat a adekvátně hodnotit situaci

Kognitivní deficit je natolik závažný, že způsobuje zřetelné zhoršení výkonu sociálních i pracovních funkcí a představuje tak signifikantní snížení funkčnosti v porovnání s předcházející úrovní (Franková, 2011).

Kritéria pro ACH podle NINCDS-ADRDA specifikují osm kognitivních domén, které mohou být touto nemocí narušeny: paměť, řeč, percepční dovednosti, pozornost, konstruktivní dovednosti, orientace, řešení problémů a aktivity denního života (Jirák et al., 2013).

Kritéria dále rozlišují diagnózu nemoci na :

- *Pravděpodobnou*, kdy se nemoc projevuje splněním uvedených kritérií
- *Možnou*, kdy jsou projevy nemoci atypické a diagnóza může být stanovena na základě syndromu demence, v nepřítomnosti neurologických, psychiatrických nebo systémových poruch schopných způsobit demenci
- *Definitivní*, kdy byl podán histopatologický důkaz ACH pomocí mozkové biopsie nebo autopsie (Pidrman, 2007).

1.6.1 Používaná vyšetření pro diagnostiku demence

Mezi první a základní vyšetření spadá podrobná *anamnéza* a stanovení kognitivních výkonů pomocí *testových metod*, nejčastěji se používá již zmíněný MMSE, Test kreslení hodin, Stupnice soběstačnosti - ADL a Stupnice instrumentálních aktivit všedního dne - IADL (Kelnarová, Tomanová, 2012). V rámci diferenciálně diagnostických rozvah je třeba vyloučit všechny somatické poruchy, které se mohou projevovat poruchami kognitivních funkcí, k tomu slouží podrobné *laboratorní vyšetření krve a moči* na diabetes, endokrinologické příčiny, nadledviny, štítnou žlázu, hypo/avitaminózy, zánětlivá onemocnění, iontovou dysbalanci, dehydrataci a další (Lužný, 2012). *Vyšetření likvoru* se provádí pro vyloučení probíhajícího zánětu CNS či nádorové infiltrace mozkomíšních obalů. Každý pacient s demencí by měl podstoupit také strukturální *zobrazovací vyšetření mozku CT* nebo *MRI*. Vyšetření slouží nejen k vyloučení demence jiné

než degenerativní etiologie, ale v případě MRI umožňuje taktéž pozitivní diagnostiku na základě typické lokalizace mozkové atrofie. Vedle strukturálního zobrazovacího vyšetření lze indikovat ještě *funkční zobrazovací vyšetření SPECT*, které může doplnit údaje o lokalizaci mozkové dysfunkce (Franková a kol., 2011).

1.1.7 Terapie

Některé demence jsou při současném stavu vědění léčitelné, a dokonce plně reverzibilní. Alzheimerova choroba k nim bohužel nepatří, vhodnou a včasné nasazenou léčbou jí však lze zpomalit a oddálit tak těžké stádium této nemoci a zlepšit kvalitu života (Holmerová, Jiráček, 2009). Terapie nemocných s demencí je založena na dvou navzájem se propojujících pilířích, kterými je farmakoterapie a nefarmakologické postupy. Jako třetí pilíř, v řadě individuálních případů a situací důležitější než první dva jmenované, lze přiřadit i péči o pečující (Hudeček, Sheardová, Hort, 2012).

1.7.1 Farmakologická terapie

1. kognitivní farmakoterapie

a) inhibitory acetylcholinesteráz

- zlepšují acetylcholinergní přenos tím, že zablokují enzymy odbourávající acetylcholin a tím zlepšují mechanismy paměti, které jsou nemocí výrazně postiženy. V současné době je používán donepezil, inhibující acetylcholinesterázy, rivastigmin, který kromě acetylcholinesteráz inhibuje i butyrylcholinesterázy a galantamin, který navíc moduluje některé formy nikotinových receptorů (Jiráček et al., 2013). Tyto inhibitory nejsou schopny ACh vyléčit ani trvale zamezit progresi tohoto onemocnění. Celkově však zpomalují průběh choroby a oddalují tak vznik těžkých stádií, která pak musí být většinou spojena s institucionalizací pacienta. Tato skupina

léků zlepšuje kognitivní funkce i kvalitu života, jak postižených tak jejich pečovateli, zpravidla nejbližších rodinných příslušníků. Dále dochází k zlepšení aktivit denního života i poruch chování. Na inhibitory mozkových cholinesteráz reaguje příznivě asi 70 % pacientů. Jako většina léků, je i podání inhibitorů mozkových cholinesteráz doprovázeno možnými nežádoucími účinky. Mezi nejčastější nežádoucí efekty, u skupiny těchto léků, jsou gastrointestinální příznaky jako nechutenství, nauzea, zvracení a dyspepsie (Jirák, 2012).

b) slabé kompetitivní inhibitory glutamatergických ionotropních receptorů typu NMDA

- jediným zastupitelem, který je hrazen zdravotními pojišťovnami (při hodnotách testu MMSE 17-6), je látka memantin, která blokuje nadměrný vstup kalcia do neuronů a tím stabilizuje vnitřní prostředí neuronů a zabraňuje apoptóze-neuronální smrti. Memantin rovněž zlepšuje kognitivní funkce a příznivě ovlivňuje i chování pacientů. Nežádoucí účinky jsou u této látky vzácné. Klinické studie prokázaly klinickou účinnost kombinace memantinu a inhibitorů acetylcholinesteráz (Jirák, 2012).

Existují také další farmakologické postupy u ACH, jejichž použití však není založeno na důkazech. Ač některé studie prokázaly klinický účinek purifikované formy extractum Ginkgo biloba, na jeho užití zatím není obecný konsenzus. Lze jej doporučit u počínající ACH či jako „preventivní“ léčbu u lidí se subjektivní poruchou paměti (Franková a kol., 2011).

2. nekognitivní farmakoterapie

- *antidepresiva* – z této lékové skupiny se nejvíce osvědčují selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu,

nejčastěji escitalopram, citalopram a sertralin (Franková a kol. 2011),

- *antipsychotika* – k léčbě se užívají melperon, risperidon, quetiapin, olanzapin (Lužný, 2012),
- *hypnotika/sedativa* – nespavost či stavy neklidu dobře ustupují po tiapridu či melperonu, u stavů noční zmatenosti lze podat midazolam (Franková a kol., 2011).

1.7.2 Nefarmakologická terapie

Nefarmakologické přístupy v terapii demencí lze rozdělit do několika skupin, dle problému, na který je zaměřen (Holmerová a kol., 2005).

1. včasná diagnóza a podpora pacienta v úvodní fázi onemocnění, poskytnutí informací

- vzhledem k pozdní diagnostice nemoci, která bývá bohužel velmi častou skutečností, se zahajuje účinná léčba až ve fázi, kdy demence již pokročila, proto je důležitá edukace jak laické tak i odborné veřejnosti. Po stanovení diagnózy ACH by měl být pacient, i jeho rodina, odkázán na nejbližší kontaktní místo alzheimerovské společnosti, která poskytne pacientům i jejich rodinným příslušníkům mnoho dalších užitečných informací, které jim pomohou se vyrovnat s nastávající skutečností

2. zachování či zlepšení kognitivních funkcí

- tzv. kognitivní rehabilitace je u pacientů s demencí opravdu významná, jedná se o šetrné cvičení paměti formou jednoduchých říkanek, slovní hry, hraní pexesa aj. (Holmerová a kol., 2005),
- další metodou je reminiscenční terapie, která pracuje se vzpomínkami, zahrnuje diskuze o aktivitách, událostech a zkušenostech z minulosti,

- terapie zaměřená na orientaci v realitě je dalším krokem, jehož efektivnost na zlepšení kognitivních funkcí potvrzují vědecké důkazy. Tato terapie vychází z předpokladu, že opakovaným podáváním informací o objektivní realitě dochází ke zlepšení orientace a sociální interakce, včetně zlepšení sebeuvědomění a chování. Může se provádět jako skupinové cvičení či jako 24 hodinová terapie (Jirák et al., 2013),
- adaptace na prostředí, v němž nemocný žije, je dalším krokem k usnadnění a podpoře jedince. Toto prostředí by mělo být vlídné a domácí, zároveň je však potřeba pamatovat na opatření zvyšující bezpečnost, a to odstraněním zbytečných bariér a nástrah (Jirák, Holmerová, Borzová a kol., 2009),

3. zachování či zlepšení soběstačnosti v aktivitách denního života

- pro vedení k soběstačnosti pacienta je důležitá dostatečná kvalifikovanost a trpělivost pečujícího,
- *lifestyl approach* je nepostradatelnou součástí pro pečující, v němž si vzájemně sdělují poznatky, jedná se o „návod k pacientovi“, který, pokud je dodržován, usnadňuje celkovou péči o nemocného. V případě nerespektování může docházet ke zhoršení stavu (Holmerová a kol., 2005),

4. zmírnění či odstranění problémového chování a psychologických příznaků demence

- časté otázky na toto téma vedly k vytvoření programu, který systematicky vede pracovníky pečující o osoby s demencí k tomu, aby analyzovali problémové chování a díky těmto poznatkům se jim přizpůsobili do té míry, kdy dojde k jejich minimalizaci,
- metoda Marthe Meo a videotrénink interakcí jsou podpůrné metody založené na pořizování videozáznamů z péče o pacienty s demencí, které jsou následně diskutovány ve

skupině a dochází tak ke snaze nalézat optimální přístupy a zlepšovat se v případech, kdy je to potřeba,

- předvídatelnost, pravidelnost a strukturovanost denního režimu, jsou aspekty, které dávají klientovi najevo jeho užitečnost, odpovídající jeho zájmům a možnostem

5. zlepšení kvality života pacientů s demencí a zlepšení komunikace mezi pacientem a ošetřujícím lékařem

- všeobecný důraz je kladen na neverbální komunikaci, přiměřené podněty pro všechny smysly, taktilitu a laskavost; je třeba se přizpůsobit pacientově změněné schopnosti přijímat a zpracovávat informace a posilovat u pacienta ty schopnosti a dovednosti, které zůstaly zachovány (Holmerová a kol., 2005),
- jednou z metod komunikace je validační terapie, ve které je kladen důraz na zachování a posílení lidské důstojnosti, přijetí tématu a práce s ním s cílem nekorigovat jeho chování, nýbrž vytvořit vstřícný vztah a pohodu. Základní myšlenkou je předpoklad, že člověk na sklonku života potřebuje vyřešit nedokončené problémy a trápení, aby mohl uzavřít svou minulost a v pokoji odejít. Potlačené emoce a nevyřešené konflikty mohou vést k poruše chování. Tato terapie propojuje současný stav s událostí z minulosti, což může vést k vyřešení problému a tím i problémového chování. Tato metoda se používá jako součást individuálního přístupu k pacientovi s demencí (Jirák et al., 2013),
- validaci velmi podobná je preterapie, která vychází z tradic humanistické psychologie,
- další možností je habilitační terapie, která rovněž vychází z respektování důstojnosti a potřeb člověka, kdy určuje, na které oblasti je potřeba se zaměřit (Holmerová a kol, 2005),

- mezi stimulační a aktivizační metody spadá muzikoterapie, pohybová terapie, arteterapie či terapie s loutkou (Jirák et al., 2013)

6. *zlepšení kvality života pacientů v terminálních fázích demence*

- spočívá v empatickém ošetřovatelství, tzv. Maieutickém přístupu, které rozvíjí schopnost empatie a intuice k lidem v terminálním stádiu onemocnění,
- dalším přístupem je paliativní péče v terminálních fázích demence, tato péče je však dosud aplikována nedostatečně, často dochází k výkonům, které sice nemocnému život prodlužují, ale ke zvýšení komfortu a kvality nedochází,

7. *podpora pečujících rodin*

- je prováděna formou poradenství, svépomocných skupin či edukačních programů; díky podpoře a edukaci pečujících pravděpodobně dochází k odkladu institucionalizace pacienta, což zlepšuje jeho kvalitu života a spokojenost (Holmerová a kol., 2005)

1.8 Ošetřovatelská péče

Pacienti, trpící ACH, vyžadují speciální péči. Je potřeba neustálý dohled při běžných dennodenních činnostech, které jsou podstatné a nezbytné pro kvalitní a plnohodnotný život. Takto postižení lidé se stávají závislími na péči a vedení druhých. Tato každodenní péče je však pro pečovatele velmi náročná, často dochází, z jeho strany, k naprostému vyčerpání. Vzhledem k náročnosti, zejména na trpělivost, ohleduplnost, úctu a podporu by měl mít člověk, pečující o takto nemocného, o dané problematice dostatek informací.

Významné místo v poradenství a podpoře má Česká alzheimerovská společnost. Tato společnost vznikla na základě spolupráce profesionálů v oblasti gerontologie (lékařů, sester,

sociálních pracovníků a dalších), kteří se zabývali problematikou občanů postižených demencí. Postupně se členy této společnosti stávali ti, kteří se s problematikou potýkají nejvíce – rodinní příslušníci a pečovatelé. Tato společnost byla zaregistrována jako občanské sdružení již v roce 1997 a nyní je respektovaným členem významných mezinárodních organizací (www.alzheimer.cz).

Při péči o pacienta s demencí je třeba mít na paměti několik obecných zásad, které ovlivňují ošetrovatelskou péči a usnadňují vytvoření pozitivního vztahu k pacientovi:

- Dobré přijetí je základem pro vytvoření důvěryhodného vztahu. Pacienti s demencí potřebují být ujišťováni o tom, že jim člověk přichází pomoci. Je třeba brát nemocného takový jaký je a přizpůsobit se jeho individuálním možnostem a potřebám, přijmout jeho osobnost se všemi lidskými aspekty, i když ji nemoc v mnohém změnila.
- Zdvořilost, laskavost a nenaléhavost jsou základními pilíři pro jednání s nemocným. I přes to, že může mít pacient potíže s pochopením obsahu verbálního sdělení, obvykle velmi dobře chápe tón sdělení a atmosféru, v jaké probíhá.
- Fyzický kontakt. Tato potřeba je velmi individuální, avšak u většiny pacientů s demencí je tento kontakt nedostatečný nebo chybí úplně. Je tedy vhodné nejdříve otestovat tuto potřebu u nemocného a podle reakce následně fyzický kontakt používat. Pokud nemocného uklidňuje, navozuje u něj pocit bezpečí a je mu příjemný, pak je dobré mu ho dopřávat.
- Podporovat důstojnost a úctu k nemocnému. I přes to, že je postižena určitá část mozku, nemocný je stále člověkem, který cítí a dobře vnímá, jak k němu přistupujeme. Tito lidé jsou nonverbálně laděni v tom smyslu, že reagují na náš emoční projev a zrcadlí ho. Pokud se usmíváme my, pak se usmívají i oni a naopak.

- Vyhradit si pro pacienta dostatek času nebývá v dnešním uspěchaném zdravotnictví nic jednoduchého, i přes to je však důležité si uvědomit že spěchat se v péči o pacienty nevyplácí. Nemocný potřebuje dost času a velmi dobře vycítí, když spěcháme, což ho zneklidňuje a může vést k problematickému chování (Jirák, Holmerová, Borzová a kol, 2009).

1.8.1 Práce s pacientem v jednotlivých stádiích

Cílem ošetrovatelské péče o nemocného s demencí je především jeho spokojenost. Je potřeba zajistit bezpečnost, pravidelný denní rytmus, pocit bezpečí a je třeba se snažit pacienta sociálně začlenit. Je důležité dbát na celkový tělesný stav pacienta a jeho pohodlí – zajistit dostatečný příjem jídla a pití, přiměřenou teplotu, dostatek světla, korekci smyslových vad, léčit všechna přidružená onemocnění, která by mohla mít negativní vliv i na mozkové funkce. V neposlední řadě je pak nezbytné dodržovat pravidla racionální farmakoterapie (Jirák et al., 2013).

Při sestavování programu pro pacienty s demencí je třeba vzít v potaz konkrétní osobnost nemocného, jeho zvyklosti, zájmy a hodnoty. Program by měl mít pravidelný režim, který je uzpůsoben potřebám a možnostem pacienta. Do programu se řadí aktivity z oblasti sebepečce, pracovní a zájmové aktivity. Důležitým artiklem je v tomto případě motivace nemocného v podobě povzbuzení či chvály. Naopak podceňování či přeceňování pacientových schopností může působit negativně a vést k rozvoji úzkostné a depresivní symptomatiky či poruchám chování (Franková, Hort, Holmerová, Jirák, Vyhnálek, 2011)

Stádiu onemocnění, ve kterém se pacient nachází je potřeba péči přizpůsobit. Při **mírném stupni demence**, který postihuje především paměť a poruchu učení se novým věcem, se doporučuje trénink paměti s použitím různých pomůcek (např. zápisník, kalendář, nástěnka aj.), dostatek pohybu a zájmových aktivit, duševní odpočinek.

Nástup **středního stupně demence** se vyznačuje postižením širšího okruhu kognitivních funkcí, často se také přidružují behaviorální poruchy – agitovanost, psychotické symptomy. Proto je třeba se zaměřit na prevenci právě těchto poruch, jejíž součástí je vhodně zvolený program a odstranění stresorů (ty může představovat hluk, nepravidelnost režimu či přetěžování pacienta aj.). Je vhodné a žádané, aby pacient v rámci možností pokračoval v navykých aktivitách, ovšem zároveň se doporučuje zapojit ho i do programových aktivit, které se cíleně zaměřují na podporu kognitivních i tělesných funkcí. Výhodu v tomto případě poskytují skupinové aktivity, které představují možnost utváření či upevnění sociálních kontaktů, které jsou pro seniory velmi důležité (Jirák et al. 2013).

Těžký stupeň demence znamená ztrátu soběstačnosti i v uspokojování základních potřeb, což klade vysoké nároky především na kvalitní ošetrovatelskou péči, která by měla být zejména empatickou a laskavou. Dochází také k výraznému omezení komunikace, přesto je však možné s pacientem i nadále komunikovat, zejména nonverbálně, což vyžaduje především dlouhodobou znalost pacienta. Režim je třeba maximálně přizpůsobit jejich možnostem a potřebám. Demence dále progreduje postupnou deteriorací stavu a postupným zhoršováním všech funkcí včetně mobility do *fáze terminální*. Tento přechod je charakterizován omezenou či úplně chybící komunikací a omezenou spontánní hybností; v důsledku odmítání kašovitě a tekuté stravy (v posledních dnech i odmítání tekutin) dochází k dalšímu úbytku hmotnosti i svalové hmoty a může tak dojít i ke kachektizaci pacienta. V oblasti vyprazdňování může docházet, kromě současné inkontinence, také k poruchám mikce, retenci moči či potížím s vyprazdňováním stolice. Ruku v ruce s terminálním stavem jde *paliativní péče*. Vzhledem k faktu, že nemocný nedokáže sdělit své potřeby a obtíže, je velmi důležité pro profesionální pečující, aby projevům nemocného porozuměli a soustředili se na náznaky komunikace, která ještě existuje. Tato péče je péčí úlevnou a podpůrnou, takovou, která klade

důraz na zmírnění symptomů nemoci a utrpení (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009).

1.8.2 Komunikace s pacientem postiženým ACH

Schopnost komunikovat je podmínkou, aby se člověk úspěšně začlenil do svého sociálního prostředí, a aby navazoval a udržoval vztahy. Pokud člověk není schopen komunikovat a nedokáže komunikaci porozumět, pak u něj dochází k frustraci, která má za následek problémové chování. Přizpůsobení se schopnostem a dovednostem komunikujícího zvyšuje pravděpodobnost porozumění naslouchajícího, což omezí možnost nesprávného pochopení věci (Pokorná, 2010). U pacienta s demencí je potřeba pro komunikaci zvolit přiměřený způsob a vhodný čas. Aby sestra smysl komunikace pochopila, je potřeba použít vhodné metody a přístupy v komunikaci s cílem přispět ke zkvalitnění ošetrovatelské péče. Je důležité, aby sestra při komunikaci s pacientem zachovávala jeho sebeúctu, získávala informace a pomocí zpětné vazby si je ověřovala. Komunikace je sice problematičtější, ale je možná a velmi důležitá. Mezi všeobecné zásady v komunikaci s pacientem s ACH, můžeme zařadit pozorné naslouchání a ujištění pacienta, že mu sestra věnuje plnou pozornost, všímání si řeči těla. S progresí onemocnění se komunikační schopnosti pacienta stále zhoršují a je tedy potřeba, aby iniciativu převzala sestra. Pacienta je třeba oslovovat jasně a hlasitě a při rozhovoru využívat jednoduché a krátké věty, které umožňují snadné odpovědi „ano“ nebo „ne“. Humor a smích odlehčují situaci a mohou přispět k lepšímu pochopení informací. Vždy je však potřeba mít na zřeteli, aby se pacient necítil méněcenně a poníženo. Při těžší komunikaci je možné využít fyzického kontaktu, při péči a komunikaci je možné využívat dotyk ruky, který pacienta uklidní a pocítí podporu. Efektivní komunikace vytváří prostředí, ve kterém se pacient cítí bezpečně, čímž sestra předchází vzniku nepřiměřeného chování.

Komunikace sestry s pacientem v jakékoliv situaci je vedena s úctou, pochopením, důstojným postojem a porozuměním (Martinková, Botíková, 2012).

Další možností pro usnadnění komunikace, s nemocným trpícím demencí, je aplikace podpůrné terapie, která má dvě základní techniky, a sice empatii a řešení problému. Terapeut tak empaticky naslouchá stížnostem nemocného a reaguje na ně tak že zrcadlí jeho pocity a myšlenky, čímž přispívá k odplavení dalších emocí vztahujících se k problému a nedirektivně tak nemocného vede k vlastnímu řešení (Jiráček et al., 2013)

Tato kapitola přibližuje možnosti komunikace s nemocným, což je velmi důležitým článkem ošetrovatelské péče. Ovšem neméně důležitou složkou pro ošetrovatelský personál je i správná komunikace s rodinnými pečujícími, která pomůže ošetřujícím získat mnohé informace o pacientovi, potřebné pro další léčebné i ošetrovatelské postupy (Jiráček, Holmerová, Borzová a kol., 2009).

2 PŘÍPADOVÁ STUDIE PACIENTA S ALZHEIMEROVOU CHOROBOU

2.1 Cíle, metody a techniky šetření

Hlavním cílem výzkumné části bakalářské práce je přiblížit specifika ošetrovatelské péče u pacientky s diagnostikovanou ACH. Dílčím cílem je dále zhodnotit ošetrovatelské diagnózy a jejich intervence pomocí ošetrovatelského procesu.

Praktická část této práce je zpracována pomocí kvalitativního výzkumu, technikou jednopřípadové studie. Ta je v ošetrovatelství považována za nejvíce frekventovanou. Je to podrobná studie, ve které se snažíme představit celkový obraz daného případu. Prohlubuje a rozšiřuje výsledky kvantitativních bádání, především díky získávání kvalitativních údajů. Umožňuje tak realizovat výzkumy v přímém kontaktu s prostředím, v němž se zkoumaná osoba momentálně nachází (Kutnohorská, 2009). Dalšími technikami byly analýza zdravotnické dokumentace, vlastní pozorování a rozhovory, jak se zdravotnickým personálem, tak se synem a snachou nemocné klientky.

2.2. Případová studie

Pro zpracování případové studie jsem si vybrala 77letou pacientku, paní M., které byla Alzheimerova choroba diagnostikována před 8 lety. Tato pacientka leží již od května roku 2012 v léčebně dlouhodobě nemocných, od příchodu na oddělení se její zdravotní stav neustále zhoršuje a její prognóza je proto nepříznivá. V současné době je již v těžkém stádiu onemocnění. V souladu s etickou klausulí je dbáno o dodržení zachování anonymity a ochrany osobních údajů nemocné.

LÉKAŘSKÉ DIAGNÓZY A ANAMNÉZY

Základní dg.: G309 Alzheimerova nemoc NS

Vedlejší dg.: K254 chronický žaludeční vřed

I10 Esenciální (primární) hypertenze

K802 Kámen žlučníku bez cholecystitidy

K32 Neurčená inkontinence moči

Vertebrogenní algický syndrom

Alergologická anamnéza: Pacientka trpí alergií na špenát, Celaskon a Torecan, vše se projevuje kožní reakcí.

Rodinná anamnéza: Rodiče zemřeli stářím, u otce byla diagnostikována ACH. Manžel, narozený 1937, má diabetes a rakovinu střev.

Sociální anamnéza: Pacientka je vdaná, do hospitalizace žila s manželem. Syn se snachou za nimi pravidelně docházel. Žádost do domova důchodců či podobného zařízení zatím podanou nemají, syn udává, že vhodné zařízení hledá, ale má problémy s revizním lékařem.

Pracovní anamnéza: Důchodce, dříve pracovala jako učitelka matematiky.

Gynekologická anamnéza: Menopauza v 55 letech, 1 porod bez komplikací, 1 potrat.

Osobní anamnéza: (byla zjištěna z předchozí dokumentace a od syna)
V dětství prodělala běžné nemoci. Stav po VCHGD (vředová choroba gastroduodena) typu BII. (1. operace ve FN Motol v r. 1965, reoperace v r. 1995 Na Homolce) při terapii nyní bez projevů. Dle UZ mnohočetná cholecystolithiáza, klinicky bez obtíží. ACH na terapii. Porucha statiky páteře, hallus vagus bilat., v r. 1977 poranění pravého kolene.

Abusus: Pacientka je nekuřák, v domácím prostředí příležitostně pila alkohol.

Objektivní nález: Těžce dementní, bradypsychická, nekomunikuje. Zúžená levá oční štěrba a mírně pokleslý levý koutek – nález

stacionární. Dýchání čisté, sklípkové, akce srdeční klidná, ozvy ohraničené, EKG bez ložiskových změn. Břicho palpačně nebolí, játra nezvětšena. Pacientka je plně inkontinentní, je nutná kompletní ošetrovatelská péče, včetně krmení a napájení. Pacientka trpí obezitou, má naordinovanou šetřící dietu, rodina i přes opakovanou edukaci neustále nosí sladká jídla.

TERAPEUTICKÁ PÉČE

Farmakoterapie:

Lusopress 20mg	0 - 0 - 1 (<i>blokátor kalciového kanálu</i>)
Pram 20mg	1 - 0 - 1 (<i>antidepresivum</i>)
Helicid 20mg	1 - 0 - 1 (<i>antiulcerózum</i>)
Prenessa 4mg	1 - 0 - 1 (<i>ACE inhibitor</i>)
Ebixa 20mg	1 - 0 - 1 (<i>k léčbě střední a těžké formy ACH</i>)

Fyzioterapie:

LTV (léčebná tělesná výchova) na lůžku

Svalová a dechová cvičení

Cvičení pomocí přístroje Motomed, denně 25 minut

Dietoterapie:

Šetřící dieta č. 4 s omezením tuku

Tato dieta je podávána vzhledem k chronickému žlučovému kaménku. Dieta tohoto typu je plnohodnotná a je vhodná k dlouhodobému podávání. Obsah bílkovin i sacharidů je fyziologický, ovšem množství tuků je sníženo. Dieta je složena z potravin, které při sníženém obsahu tuků mají i snížený obsah cholesterolu. Mimořádnou opatrnost vyžadují kombinace tuku s cukrem. Je třeba dodržovat pravidelnost v rozdělení jídel (<http://www.nemopisek.cz/index.php/oddeleni/226-dieta-4>)

OŠETŘOVATELSKÁ ANAMNÉZA A HODNOCENÍ SOUČASNÉHO STAVU OŠETŘUJÍCÍM

Paní M. vzhledem k těžkému stádiu nemoci, ve kterém se nachází, nemá náhled na svoje onemocnění. Je při vědomí, orientovaná osobou, nikoli však časem či prostorem. Je nemotivovaná a silně negativistická, chvílemi slovně velmi agresivní. I přes to je však velmi dobře usměrnitelná a ve chvílích dobré nálady i relativně komunikativní. Je u ní plně vyjádřena symptomatika demence ACH typu. Svě pocity a postřehy není schopna adekvátně vyjádřit, vzhledem ke svému stavu se o sebe není schopna sama postarat a stává se tak plně závislou na ošetřovatelské péči. Provedením MMSE testu a testu běžných denních činností (viz příloha) se jen potvrdilo, že je pacientka v těžkém stavu demence. Protože se mnou paní M. komunikuje jen velmi nesrozumitelně s ohledem na své onemocnění, nebylo možné vyplnit vstupní ošetřovatelský záznam s jejími poznatky a názory. Popis základních fyziologických potřeb tedy vychází z mého pozorování pacientky během ošetřovatelské praxe. Z tohoto důvodu nepopisuji psychosociální potřeby, u kterých bych mohla jen těžko odhadovat, jak je paní M. cítí. Nicméně i přes to je samozřejmě vedu v patrnosti a jedná se s pacientkou s plnou úctou a respektem, tak, aby se cítila příjemně, v bezpečí a vytvořila si ke mně důvěru.

Základní fyziologické potřeby

Dýchání

Pacientka žádné obtíže s dýcháním neudává. Nekouří a nikdy nekouřila. Pozorováním zjišťuji, že dýchá klidně a pravidelně. Její klidová dechová frekvence je 17 dechů/min. Dýchá neustále ústy. Na otázku jestli by se jí nedýchalo lépe nosem, odpovídá úsečně: „Takhle je to dobrý, jinak nechci“. Denně za ní dochází fyzioterapeutka a trénují v lůžku dýchací cvičení.

Hydratace

Paní M. nejeví známky dehydratace. Kožní turgor je přiměřený a bukalní sliznice má jen lehce oschlé, což příkládám jejímu neustálému dýchání ústy. Je u ní nezbytné neustále aktivně nabízet tekutiny, protože přes to, že má hrneček na stolku přímo před sebou, sama si ho nevezme a nenapije se. Nicméně po počátečním ostychu, kdy mne údajně nechtěla zdržovat, kdykoliv jsem jí tekutiny nabídla tak se napila. Monitorovala jsem její pitný režim a při aktivním nabízení vypila 1,5 litru tekutin.

Výživa

Pacientka má, vzhledem k jejím předchozím onemocněním se žlučníkem a vředovou chorobou gastroduodena, lékařem nařízenou dietu bez tuků. Nicméně, i přes opakovanou edukaci rodiny, jí syn a jeho žena neustále nosí sladké a tučné pokrmy, které se snaží před zdravotnickým personálem zatajit. Pacientka netrpí nechutenstvím. Za poslední půlrok na váze výrazně neubyla ani nepřibyla. Při výšce 165 cm váží 60 kg, což je dle výpočtu BMI indexu váha v normě. Paní M. se stravuje v sedě. Na snídani je s dopomocí usazena v křesle, jinak se stravuje v sedě v lůžku, kde má k dispozici jídelní stůl. Je třeba jí dopomoci se najíst. Zpočátku to vždy zkouší sama, ale po určité době to vzdá. Ve chvílích, kdy jsem se jí plně věnovala a krmila jí, byla schopna sníst bez problémů celou připravenou porci. Všimla jsem si však, že když se jí nepomohlo, byla schopná se jídla ani nedotknout.

Vyprazdňování moče a stolice

Paní M. je plně inkontinentní. Tato situace je řešena za pomoci inkontinentních pomůcek. Vzhledem k dostatečnému pitnému režimu pacientka močí pravidelně, což přispívá k zabránění možného vzniku zánětu močového měchýře. K pravidelnému vyprazdňování stolice dochází každý den.

Spánek a odpočinek

Vzhledem k upoutání na lůžku by se dalo konstatovat, že paní M. odpočívá většinu dne. Je jí příjemné když je zapnutá televize a v pokoji tak není ticho. Pacientka je umístěna v dvoulůžkovém pokoji, kdy její lůžko je umístěno blíže dveřím. Spí klidně a nerušeně přes celou noc.

Bolest

Paní M. není schopna srozumitelně svou bolest popsat, avšak v rámci zajišťování hygieny jsem vypožadovala projevy bolesti v oblasti ramen a kyčlí. Při polohování v lůžku křičí: „Au au“, ale na dotaz, kde přesně ji bolí, není schopná odpovědět.

Tělesná hygiena a stav kůže

Vzhledem k absolutní nesoběstačnosti, je paní M. zcela odkázána na pomoc ošetrovatelského personálu i v péči o osobní hygienu. Dle zvyklostí oddělení se za dopomoci každé ráno sprchuje v koupelně, kam je sestrou převezena na speciálním křesle.

Kůže je suchá, nepoškozená. Pacientka nemá žádné dekubity, hematomy, vyrážky a podobně. V tříselné oblasti jsou lehce patrné opruzeniny. Po celém těle jsou na různých místech vidět stařecké skvrny (depigmentace).

Tělesná a duševní aktivita

Za pacientkou denně dochází fyzioterapeutka, která s ní provádí rehabilitační cvičení nejprve v lůžku a posléze nacvičují s dopomocí, stoj ve vysokém chodítku. Paní M. bohužel sama není schopna krokovat ani za pomoci opěrné pomůcky. Pro aktivizaci dolních končetin každý den cvičí na přístroji Motomed. Vzhledem k zdravotnímu stavu pacientky má v lůžku obě postranice pro zachování její bezpečnosti.

OŠETŘOVATELSKÉ DIAGNÓZY

1. Porucha soběstačnosti při příjmu potravy, tekutin, vyprazdňování, oblékání i celkové osobní péče v souvislosti s vlastním onemocněním projevující se neschopností postarat se sama o sebe a neschopností žít v domácím prostředí.
2. Poruchy orientace z důvodu vlastního onemocnění projevující se zpomaleností pacientky a slovní agresí.
3. Riziko pádu z důvodu narušené rovnováhy ovlivněné vlastním onemocněním projevující se nemožností chůze.
4. Riziko poškození kožní integrity související s plnou inkontinencí projevující se opruzením v namáhané oblasti.
5. Bolest v souvislosti s omezenou pohyblivostí projevující se nespoluprací s ošetřujícím personálem.
6. Deficit sebepéče při koupání a hygieně z důvodu základního onemocnění projevující se plnou závislostí na ošetřujícím personálu.
7. Prevence dekubitů a poškození kožní integrity z důvodu imobilizace.
8. Zhoršená verbální komunikace v souvislosti se zhoršením kognitivních funkcí projevující se neschopností srozumitelně sdělit své potřeby

OŠETŘOVATELSKÉ CÍLE, PLÁNY, REALIZACE A HODNOCENÍ

1. Porucha soběstačnosti při příjmu potravy, tekutin, vyprazdňování, oblékání i celkové osobní péče v souvislosti s vlastním onemocněním projevující se neschopností postarat se sama o sebe a neschopností žít v domácím prostředí.

Cíle:

- rozpoznání a uspokojení individuálních potřeb

Plán:

- zajisti stupeň soběstačnosti pacienta
- prováděj krmení, oblékání a aktivně podávej nápoje
- zajisti všechny pomůcky k lůžku, uprav okolí lůžka a signalizaci
- zajisti rehabilitační ošetřování (aktivní cvičení)
- pravidelně polohuj pacienta
- spolupracuj s fyzioterapeutem
- aktivně zapojuj rodinu

Realizace:

Paní M. se vzhledem k pokročilosti onemocnění nemůže aktivně účastnit léčebného procesu a tak je pouze pasivním příjemcem péče. Pravidelně pomáhám pacientce v příjmu potravin, je potřeba si na ni vyhradit dostatek času, aby paní M. neměla pocit, že na ni pospíchám a měla možnost si jídlo náležitě vychutnat. S pomocí dodržuje pitný režim. Každý den za pacientkou dochází rehabilitační pracovník a i přes její častý odpor s ní cvičí. Odpoledne paní M. pravidelně polohuji. Snacha pacientky navštěvuje svou tchyni téměř každý den a snaží se s ní v lůžku provádět jednoduchá cvičení.

Hodnocení:

Pacientka se v rámci svých možností snaží spolupracovat. Rehabilitační ošetření je zajištěno. Ošetrovatelská péče saturuje pacientčiny potřeby. Řekla bych tedy, že se stanovená kritéria splnila.

2. Poruchy orientace a zmatenost u důvodu vlastního onemocnění projevující se zpomaleností pacientky a slovní agresí.

Cíle:

- pacientka dosahuje maximální možné úrovně vědomí a je dostatečně informována dle možností jejího zdravotního stavu
- zapojení se do péče a léčby tak, aby bylo možno situaci účinně zvládnout

Plán:

- posuď stupeň poškození, udržení pozornosti, schopnosti počítat (MMSE)
- posuď schopnost rozumět sdělenému a účinně komunikovat
- zajisti klidné prostředí
- přistupuj k pacientce s klidem a jistotou
- udržuj orientaci v realitě (hodiny, datum, osobní věci)
- povzbuzuj rodinné příslušníky k udržování orientace pacientky poskytováním čerstvých informací a podnětů
- dbej na bezpečnost, zhodnoť rizika pádu

Realizace:

Tato zmatenost je u pacientky způsobena Alzheimerovou chorobou, provedla jsem s ní MMSE test, který je přiložen v příloze. U pacientky byla potvrzena demence těžkého stupně. Zjistila jsem, že pokud na

paní M. mluvím klidně a jasně, s doprovodem tělesného kontaktu ve formě hlazení po hřbetu ruky, pak je klidnější a působí vyrovnanějším dojmem. Často po příchodu na pokoj zřetelně opakuji co je za den či měsíc. Požádala jsem syna a snachu nemocné, aby paní M. vyprávěli každodenní zážitky, byť banální, které by ji udržovali orientovanou.

Hodnocení:

Pacientka je v bezpečném a klidném prostředí. Je orientovaná osobou, je zmatená v orientaci místem a časem. Kritéria byla splněna částečně.

3. *Riziko pádu* z důvodu imobility ovlivněné vlastním onemocněním projevující se nemožností chůze.

Cíle:

- pacientka je v bezpečí, bez rizika pádu

Plán:

- zhodnot' věk a zdravotní stav pacientky
- zjistí, zda má pacientka pád v anamnéze
- zajisti bezpečí pacientky (kompenzační pomůcky - postranice, vždy buď u pacientky jako doprovod)

Realizace:

Pacientka je ohrožena rizikem pádu, který by mohl nastat při nedodržení základních bezpečnostních bodů. Při odchodu od jejího lůžka tak vždy vytahuji postranice, abych zamezila případnému pádu z lůžka. Při ranní hygieně, na pojízdném vozíku dbám na bezpečnost a jsem i ve sprše neustále v blízkém kontaktu.

Hodnocení:

Paní M. po dobu mé ošetrovatelské praxe byla v bezpečí, riziko pádu jsem minimalizovala. Kritéria se splnila.

4. *Riziko poškození kožní integrity* související s plnou inkontinencí projevující se opruzením v namáhané oblasti.

Cíle:

- dojde ke zhojení již vzniklých opruzenin
- dojde ke zvýšení preventivních opatření
- pacientka má dostatečně prokrvenou a hydratovanou kůži

Plán:

- pečuj o hygienu kůže
- udržuj lůžko v suchu a čistotě
- polohuj nemocného

Realizace:

Pacientku pravidelně každou hodinu polohuji a využívám k tomu určené polohovací pomůcky, např. klíny, válce a molitanové kroužky. Při výměně inkontinenčních pomůcek oblast řádně očišťuji a následně promazávám a lehce masíruji pastou Menalind pro ochranu před opruzením. Dle pokynů lékaře přidávám v oblasti třísel mast Imazol. Lůžko udržuji suché a čisté.

Hodnocení:

Paní M. má ošetřenou pokožku bez známek poškození a jiných komplikací. Kritéria byla splněna.

5. *Bolest* v souvislosti s omezenou pohyblivostí projevující se nespoluprací s ošetřujícím personálem.

Cíl:

- pacientka cítí zmírnění bolesti
- pacientka neprojevuje nonverbální projevy bolesti

Plán:

- pozorně naslouchej a pozoruj projevy bolesti
- zjisti lokalizaci, charakter a trvání bolesti
- zabezpeč opatření dříve, než bolest zesílí
- podávej analgetika dle pokynů lékaře
- sleduj účinek podávaných analgetik
- zajisti vhodný způsob rehabilitačního ošetřování
- respektuj veškeré projevy bolesti pacientky
- používej haptický kontakt - dotyk

Realizace:

Vypozorovala jsem bolestivé projevy při polohování a pohybu v lůžku v oblasti ramen a kyčlí. Paní M. mi nebyla schopná odpovědět, jak moc jí to bolí, reagovala při pohybu pouze slovně. Křičela: „Au, au, au“ a následně byla slovně velmi agresivní. Když jsem na ni začala klidně a empaticky mluvit tak došlo k uvolnění atmosféry, který jsem ještě podpořila dotykem a hlazením po hřbetu ruky. Po konzultaci s lékařem jsem pacientce začala 3x denně postižená místa promazávat analgetickým gelem. Fyzioterapie probíhá i nadále beze změn.

Hodnocení:

Pacientka při pohybu v lůžku, i mimo něj, nonverbálně projevuje bolest. Nicméně projevy již nejsou tak markantní. Vzhledem k tomu, že paní M. není schopna situaci adekvátně zhodnotit, mohu jen usuzovat, že se bolest zmírnila a cíle tak byly částečně splněny.

6. *Deficit sebek péče* při koupání a hygieně z důvodu základního onemocnění projevující se plnou závislostí na ošetřujícím personálu.

Cíle:

- pacientka má vytvořené správné hygienické návyky a podle svého zdravotního stavu se podílí na hygienické péči o své tělo
- vyjadřuje uspokojení v oblasti potřeby hygieny

Plán:

- zajisti hygienické potřeby pacientky
- zaměř se na navození pocitu čistoty a pohody
- dodržuj hygienické zásady
- osprchuj pacientku každé ráno
- ošetři kůži těla po umytí tělovým mlékem

Realizace:

Každé ráno paní M. pomocí pojízdného vozíku vozím do koupelny a provádím celkovou hygienu. U pacientky záleží na náladě, někdy probíhá hygiena v klidné a pohodové atmosféře, občas má paní M. špatnou náladu a pak je negativistická a vůbec nespolupracuje. Když je však paní M. po vysprchování uložena do čistě povlečeného lůžka, tváří se velmi spokojeně. Po každé sprše pacientku pomocí tělového mléka lehce masíruji. Pokožka začíná být hydratovaná.

Hodnocení:

Pacientka se zdá relativně smířená s pravidelností každodenní hygieny a zdá se být v této oblasti uspokojena. Domnívám se tedy, že kritéria jsou splněna.

7. Prevence dekubitů a poškození kožní integrity z důvodu imobilizace

Cíle:

- zjištění individuálních rizikových faktorů
- nepřítomnost kožního defektu

Plán:

- posuď přispívající rizikové faktory
- striktně pečuj o hygienu kůže
- měň pravidelně polohu pacientky
- udržuj suché a čisté lůžko, používej nedráždící tkaniny
- chraň pacientku před lokální poruchou oběhu a vznikem otlaků používáním podložek a antidekubitárních pomůcek
- pravidelně kontroluj povrch kůže

Realizace:

Vzhledem ke snížené mobilitě a současně plné inkontinenci pacientky je k riziku vzniku kožního defektu velmi náchylná. Proto dbám, aby byla paní M. často polohována a udržována v suchu a čistotě. Při hygieně používám pouze jemná tekutá mýdla, dbám na důkladné vysušení pokožky a následně ji chráním a udržuji vláčnou pomocí krémů k tomu určených. Podle potřeby měním inkontinenční pomůcky a oblast vždy preventivně ošetřuji.

Hodnocení:

Pacientka netrpí žádnými kožními defekty. Domnívám se tedy, že stanovené cíle byly splněny.

8. *Zhoršená verbální komunikace* v souvislosti se zhoršením kognitivních funkcí projevující se neschopností srozumitelně sdělit své potřeby.

Cíle:

- pacientka neverbálně reaguje na dotyk a komunikaci
- zavést metodu komunikace, která pacientce umožní vyjádřit potřeby
- edukovat rodinu o důležitosti komunikace s pacientkou

Plán:

- vytvořím s pacientkou vztah
- budu udržovat oční kontakt
- budu vést pouze jednoduchou komunikaci
- s pacientkou budu jednat klidně a vlídně
- nebudu podceňovat význam neverbální komunikace

Realizace:

Na pacientku jsem vždy mluvila pomalu, klidně a v krátkých větách. Byla jsem dostatečně trpělivá a nespíchala jsem na ni. Komunikaci jsem vždy začínala dotykem její ruky a dbala jsem na to, abych stála v jejím zorném poli a ona tak měla jistotu, že se věnuji pouze jí. Při komunikaci jsem pokládala vždy jednoduché otázky, které byly často potřeba několikrát zopakovat. Často se stávalo, že se na mě paní M. pouze usmívala a neřekla vůbec nic. Snažila jsem se, aby mě brala jako zdroj pohody a neviděla ve mně protivníka, čímž jsem se snažila zabránit negativní reakci. Což se mi ne vždy podařilo. Občas byla paní M. slovně velmi agresivní, zejména pokud jsem po ní žádala nějakou aktivitu, například spolupráci při polohování v lůžku. Tuto situaci jsem se vždy snažila vyřešit klidnou a jasnou mluvou a tělesným kontaktem s ní. Pacientčiny negativistické projevy jsem nepodceňovala, naopak jsem se snažila zjistit, co ji rozzlobilo, bohužel jsem verbální odpověď

nedostala a tak se mohu pouze domnívat, že pacientce vadila aktivizace. Při komunikaci jsem posilovala pacientčinu orientaci osobou, časem i místem. Nabádala jsem rodinu, aby při komunikaci s paní M. nekřičeli a nevytýkali jí její chování. Snažila jsem se jim vysvětlit, že i přes to, že mají pocit, že je nevnímá, je to naopak. Pacientka cítí, vnímá, slyší a potřebuje cítit oporu v rodině i přes to, že jí její stav nedovoluje odpovědět.

Hodnocení:

Pacientka verbálně příliš nekomunikuje, a pokud ano, nedává to smysl. Neverbálně se však dá na pacientce poznat momentální stav. Rodina byla edukována o důležitosti komunikace. Kritéria byla částečně splněna.

DISKUZE

Tato bakalářská práce je věnována problematice ošetrovatelské péče u nemocných postižených Alzheimerovou chorobou. Cílem této práce bylo přiblížit specifika ošetrovatelské péče a pomoci ošetrovatelského procesu zhodnotit individuální ošetrovatelské diagnózy a následné intervence vyplývající ze soustavné péče u pacientky.

Jak již bylo popsáno v teoretické části této práce, Alzheimerova choroba je nevyléčitelné onemocnění, které postihuje nejen samotného pacienta, ale významně zasahuje i jeho rodinu. Péče o takto nemocného pacienta je v domácím prostředí velmi náročná a dlouhodobě neudržitelná. Dříve či později je tak pacient předán do odborných zařízení, ve kterých jim je poskytnuta kvalitní ošetrovatelská péče. Pacienti s tímto velmi progresivním onemocněním se v určitém stádiu již nejsou schopni sami o sebe postarat, a tak musí nastoupit ošetrovatelský tým, který jeho potřeby saturuje. Kvalita ošetrovatelské péče vychází z teoretických poznatků a standardů vytvořených konkrétním zdravotnickým zařízením. Jak již bylo v teoretické části této práce zmíněno, u pacientů postižených demencí, je třeba jednat klidně a vytvořit si na pacienta dostatek času, aby se cítil komfortně a předešlo se tak zbytečnému znervóznění pacienta, což by mohlo vést až k jeho agresi. Z vlastní praxe však mohu poznamenat, že i při opravdu dobré vůli a snaze ošetrovatelského týmu se co nejlépe a nejkvalitněji podílet na ošetrovatelské péči je to kvůli nedostatku zdravotnického personálu velký problém. Nejsem si zcela jistá, zda je tento nedostatek důvodem i k tomu, že praxe se velmi výrazně odlišuje od teorie i v oblasti komunikace. V rámci své ošetrovatelské praxe jsem zaznamenala silnou komunikační bariéru ze strany ošetrovatelského týmu. Já osobně se domnívám, že tato bariéra vzniká z důvodu značné přetíženosti všeobecných sester, že již s pacienty nejsou schopni vytvořit vhodnou atmosféru k např. k poznání nonverbálních projevů pacienta, které

v poslední fázi tohoto onemocnění bývají jedinou možnou formou projevu. Přesto věřím, že by celkovému vylepšení situace prospěla aplikace mnohých metod, které jsou v zemích s rozvinutějším přístupem k této nemoci častěji aplikované, jako jsou různé druhy alternativní terapie, například arteterapie, terapie pomocí loutek, či muzikoterapie, která díky poslechu hudby u pacienta navozuje klid, uvolnění a zvýšenou míru prožívání. Pacient se díky ztotožnění s hudbou více zaměří na vnímání sebe sama a terapeutická práce tak získává zcela nový rozměr. Tento druh nefarmakologických přístupů se mi v našich zařízeních zdá zcela opomíjený, což je z mého pohledu chybou.

Vzhledem k časové náročnosti péče o takto nemocné pacienty by totiž rozšířením těchto alternativních nefarmakologických přístupů mohl vzniknout časový prostor běžnému zdravotnickému personálu, který by tak získal větší emoční nadhled a v následné péči by se pak mohl pacientům věnovat s větší dávkou empatie a lidskosti a ne pod tlakem časového presu a jiných okolností.

Alzheimerova choroba jako i jiné typy demencí výrazně zasahuje do kvality života postiženého jedince. V terminální fázi tohoto onemocnění se nemocný stává zcela odkázaným na péči druhých a je tedy podstatnou složkou ošetrovatelské péče brát zřetel zejména na zachování pacientovy důstojnosti. I v tomto období je totiž člověkem, který i navzdory své nemoci, má nárok na klidné a vlídné zacházení a umožnění pokojného dožití. V rámci zmírnění utrpení je v tomto ohledu přínosná paliativní péče. Je třeba mít na zřeteli, že je v tomto období již zbytečné pacienta zatěžovat různými diagnostickými postupy, které stejně v této fázi již nic neovlivní, ale je třeba se zaměřit právě na to, aby pacientův odchod ze života nebyl plný bolesti.

Navzdory účinkům nemoci, které mají celkově degenerativní vliv na psychický stav pacienta, který často již není schopen rozeznat smysl péče a často jí může i odmítat je u něj v praxi pozorovatelná potřeba po emocích ze strany rodinných příslušníků, které je pacient schopen

navzdory svému stavu vnímat a pomocí neverbálních projevů si o ně i zažádat. Ze strany ošetřovatele je tak třeba zvýšená pozornost na tyto projevy a věřím, že při zvýšení časové dotace na jednotlivého pacienta by se tento jev mohl zásadně prohloubit. Sice by to pro pracovníky znamenalo zvýšenou emocionální zátěž a k pacientům by si tak mohli nacházet bližší vztah, ale možná by pak i díky tomu měli sami ze sebe lepší pocit, že dělají práci, která v dnešní, poměrně dost uspěchané společnosti znamená něco víc a obsahuje v sobě i to, čím jsme jako lidé byli od přírody obdařeni. Tedy soucit a lásku k sobě navzájem. Zdravotní personál má tak velkou výsadu, být tak lidem průvodcem na jejich důstojném opuštění světa.

ZÁVĚR

Je bohužel prokázáno, že Alzheimerova choroba je nemoc, u níž se počet nemocných bude exponenciálně stále více a více zvyšovat a vzhledem k nedůvěře praktických lékařů, jejichž diagnózy jsou pro včasné podchycení této nemoci nejdůležitější, k novým, ale bohužel i dražším typům léčiv, je velká pravděpodobnost, že se nemoc, navzdory neustále se zvyšujícímu povědomí společnosti o ní, bude hůře léčit. Nejčastěji totiž tato nemoc bývá diagnostikována až v pozdějším stádiu, kde je možnost na její oddálení (s novými druhy léčiv je možno její propuknutí oddálit až o 6 let) již podstatně nižší. Efekt působení kognitiv je ale zcela jednoznačně doložen randomizovanými studiemi, přesto však u mnohých lékařů stále převládá již zmíněný nihilismus.

Jako základní cíl práce byla v úvodu stanovena snaha o shrnutí dosavadních poznatků v rámci této nemoci, který se mi podařilo splnit a to díky výčtu těch nejdůležitějších prvků, které vznik této nemoci uvozují, spolu s, v závěru zpracovanou, případovou studií, jejíž výsledky jsou přínosné jak pro tuto práci, tak pro případného čtenáře, který tak bude mít možnost získat pohled na každodenní ošetrovatelský postup v rámci péče o nemocného.

Věřím, že důsledným rozšiřováním povědomí o této nemoci se může snížit riziko jejího odhalení až v pozdějším věku a je tak možné zajistit tak pacientům nejen pokojné stáří v okruhu jejich blízkých, kteří tak nebudou emočně zasaženi příliš brzy.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ INFORMACÍ

Seznam použitých informačních pramenů je podroben platným normám ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690 - 2, následně je bibliografie seřazena dle abecedního pořádku.

SEZNAM LITERÁRNÍCH PRAMENŮ:

CALLONE, P., KUDLACEK, C., VASILOFF, B., MANTERNACH, J., BRUMBACK, R., *Alzheimer's Disease 300 Tips for Making Life Easier*, New York, 2006. Přel. Jitka Klinkerová, *Alzheimerova nemoc, 300 tipů a rad, jak ji zvládat lépe*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2008, ISBN 978-80-247-2320-4

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ - PROCHÁZKOVÁ, A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s. 2010. 632 s. ISBN 978-80-247-1620-6

DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Vyd. 2. Praha: Grada Publishing, a. s. 2001. 568 s., ISBN: 80-247-0242-8

FRANKOVÁ, V., HORT, J., HOLMEROVÁ, I., JIRÁK, R., VYHNÁLEK, M. *Alzheimerova demence v praxi: konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 2011. ISBN: 978-80-204-2423-5.

HOLMEROVÁ, Iva. Alzheimerova choroba v primární péči. *Medical tribune*, 2010, roč. 6, č. 30, B6-B7. ISSN: 1214-8911.

HUDEČEK, D., SHEARDOVÁ, K., HORT, J. Demence v klinické praxi v roce 2011. *Postgraduální medicína*, 2012, roč. 14, č. 1, s. 100-107.

JIRÁK, R. Diagnostika a terapie Alzheimerovy choroby, *Neurologia pre prax*, 2008, č. 4, str. 224-227, ISSN: 1335-9592

JIRÁK, R. ET AL. *Gerontopsychiatrie*. Vyd. 1. Nakladatelství Galén. 2013. 348 s. ISBN: 978-80-7262-873-5

JIRÁK, R. Farmakoterapie Alzheimerovy choroby, *Praktické lékařství*, 2012, č. 8, str. 107-108, ISSN: 1801-2434

JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C., A KOL., *Demence a jiné poruchy paměti*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2009, ISBN 978-247-2454-6

KELNAROVÁ, L., TOMANOVÁ, J. Výzkum, diagnostika a terapie Alzheimerovy nemoci. *Sestra*, 2012, roč. 22, č. 9, s. 56-57. ISSN: 1210-0404.

KUTNOHORSKÁ, J. *Výzkum v ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, a.s. 2009. 176 s. ISBN: 978-80-247-2713-4

LUŽNÝ, J. *Gerontopsychiatrie*, Vyd. 1. Nakladatelství TRITON. 160 s. ISBN 978-80-7387-573-2

MARTINKOVÁ, J., BOTÍKOVÁ, A. Komunikace s pacientem s Alzheimerovou nemocí. *Sestra*, 2012, roč. 22, č. 2, s. 28-29. ISSN: 1210-0404

PIDRMAN, V., *Demence*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2007, ISBN 978-80-247-1490-5

POKORNÁ, A. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada Publishing, 2010. 160 s. ISBN 978-80-247-3271-8

SEZNAM ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ:

Alois Alzheimer [online]. c1994-2013, [cit. 2013-02-16]. Dostupné z <<http://www.whonamedit.com/doctor.cfm/177.html>>

Česká alzheimerovská společnost. *Česká alzheimerovská společnost* [online]. 2013 [cit. 2013-04-08]. Dostupné z: www.alzheimer.cz

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). In: *AllPsych Online: Psychiatric Disorders* [online]. 2011 [cit. 2012-02-20]. Dostupné z: <http://allpsych.com/disorders/dsm.html>

Dieta č. 4. Nemocnice Písek [online]. [cit. 2013-04-08]. Dostupné z: <http://www.nemopisek.cz/index.php/oddeleni/226-dieta-4>
Dostupné z < <http://psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200504-0003.php>>

FIALOVÁ, D. Specifické přístupy v racionální farmakoterapii demencí ve stáří. *Edukafarm news: vzdělávání v oblasti "OTC" a "self meditation"* [online]. 2011, č. 1, s. 19-20 [cit. 2013-02-28]. ISSN 1213-1717. Dostupné z: http://www.edukafarm.cz/soubory/farminews-2011/1/19-farmi01-11_demence.pdf

GUL'ÁŠOVÁ, I. Alzheimerova choroba - Rizikové a protektivne faktory. *Kontakt: vědecký časopis Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity* [online]. roč. 2011, s. 484-488 [cit. 2013-03-30]. ISSN 1212-4117. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/kontakt/clanky/4~2011/959-alzheimerova-choroba-%E2%80%93-rizikove-a-protektivne-faktory>

HOLMEROVÁ, I., JANEČKOVÁ, H., VAŇKOVÁ, H., VELETA, P. Nefarmakologické přístupy v terapii Alzheimerovy demence a praktické aspekty péče o postižené. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2005, roč. 6, č. 4, s. 180-184 [cit. 2013-03-28]. ISSN 1803-5272

Situace v ČR a ve světě. In: *Alzheimer Nadační fond* [online]. [cit. 2013-04-14]. Dostupné z: <http://www.alzheimernf.cz/pro-pecujici-a-pacienty/situace-v-cr-a-ve-svete>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1	Seznam zkratek a vysvětlivek
Příloha č. 2	Barthelův test
Příloha č. 3	MMSE
Příloha č. 4	Ošetřovatelské vstupní vyšetření
Příloha č. 5	Plán ošetřovatelské péče
Příloha č. 6	Realizace ošetřovatelského plánu
Příloha č. 7	Hodnocení
Příloha č. 8	Rehabilitační záznam fyzioterapeuta

Příloha č. 1 Seznam zkratk a vysvětlivek

ADL	Barthelův test základních všedních činností
ACH	Alzheimerova choroba
Aj.	a jiné
ApoE4	Apolipoprotein E
BMI	Body mass index
CNS	centrální nervová soustava
CT	výpočetní tomografie
Dg.	diagnoza
MMSE	Mini Mental State Examination
MRI	magnetická rezonance
Např.	například
Popř.	popřípadě
SONO	sonografické vyšetření
SPECT	jednofotonová emisní výpočetní tomografie
Tzv.	takzvaně
Vč.	včetně

Příloha č. 2

Barthelův test

Barthelův test (ADL)

činnost	provedení činnosti	bodové skóre
1. najedení, napití	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
2. oblékání	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
3. koupání	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
4. osobní hygiena	samostatně nebo s pomocí neprovede	5 0
5. kontinence moči	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
6. kontinence stolice	plně kontinentní občas inkontinentní trvale inkontinentní	10 5 0
7. použití wc	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
8. přesun lůžko – židle	samostatně bez pomoci s malou pomocí vydrží sedět neprovede	15 10 5 0
9. chůze po rovině	samostatně nad 50 m s pomocí 50 m na vozíku 50 m neprovede	15 10 5 0
10. chůze po schodech	samostatně bez pomoci s pomocí neprovede	10 5 0
celkový součet:		5 bodů
hodnocení stupně závislosti:		0 – 40 bodů vysoce závislý 45 – 60 bodů závislost středního stupně 65 – 95 bodů lehká závislost 96 – 100 bodů nezávislý

Mini-Mental State Examination

Jméno: Jan M.

Datum
1. vyšetření: 21.1.13Datum
2. vyšetření:Datum
3. vyšetření:

Za každý správně provedený úkol je posuzovaný hodnocen jedním bodem (=1), za každý špatně provedený úkol nula body (=0).

1. Orientace

- Kolikátého je dnes?
Který je den v týdnu?
Který je nyní měsíc?
Který je nyní rok?
Které je roční období?
Jak se jmenuje země, ve které jsme?
Ve kterém jsme okrese?
Ve kterém jsme městě?
Jak se jmenuje nemocnice, v níž jsme?
Ve kterém jsme poschodí?

vyšetření		
1.	2.	3.
0		
0		
0		
0		
0		
0		
0		
0		
0		

2. Zapamatování

Nyní vám vyjmenuji tři předměty. Zopakujte je po mně a zapamatujte si je, za chvíli se vás na tato slova zeptám znovu.

- Lopata
Šátek
Váza

1		
1		
1		

3. Pozornost a počítání

Odečítejte od čísla 100 stále sedmičku. Skončete, až odečtete pětkrát za sebou.

- 93
86
79
72
65

0		
0		
0		
0		
0		

Pokud testovaná osoba úkol nezládá nebo jej nechce provádět, vyzve ji, aby hláskovala pozpátku slovo o pěti písmenech, např. POKRM.

- M
R
K
O
P

0		
0		
0		
0		
0		

4. Výbavnost

Vyzvěte testovanou osobu, aby zopakovala 3 slova, která si měla zapamatovat.

- Lopata
Šátek
Váza

0		
0		
0		

5. Pojmenování

- Ukažte náramkové hodinky: Co je to?
Ukažte propisovací tužku: Co je to?

vyšetření		
1.	2.	3.
1		
1		

6. Opakování

- Opakujte po mně:
„Žádná kdyby, nebo, ale.“

0		
---	--	--

7. Třístupňový příkaz

Před testovanou osobu položíme list papíru a vyzve ji, aby vzala papír do pravé ruky, přeložila jej na polovinu a položila na zem.

- Uchopení papíru
Přeložení na polovinu
Položení na zem

0		
0		
0		

8. Čtení a splnění příkazu

Testovanou osobu vyzve, aby přečetla a provedla úkol napsaný na druhé straně tohoto listu (úkol – „zavřete oči“).

0		
---	--	--

9. Psaní

Vyzve testovanou osobu, aby napsala libovolnou větu. Věta musí dávat smysl, musí mít podmět a přísudek (podmět může být nevyjádřený).

0		
---	--	--

10. Obkreslení obrazce

Testovaná osoba musí správně obkreslit 2 stejné pravidelné pětiúhelníky, protínající se jako čtyřúhelník.

--	--	--

	1. vyšetření	2. vyšetření	3. vyšetření
Celkem bodů	58		

HODNOCENÍ:

max. počet – 30 bodů

- 27-30 normální stav
25-26 hraniční nález, možnost demence
10-24 demence mírného až středně těžkého stupně
7-9 demence středně těžkého až těžkého stupně
6 a méně demence těžkého stupně

Lundbeck

Ebixa
memantin

10. OŠETŘOVATELSKÁ PŘÍJÍMACÍ SLUŽBA

499 Stanice 4

520 Obchodní 537/7, 101 00 Praha 10

T: 271 008 400

Ošetrovateľské vstupní vyšetrenie

ŠTÍTEK

Datum prijímu: 17.5.2012

Jméno klienta: pani H.

RČ: /

17.5.2012

Stav při přijetí: TK 137/88 P 72 TT 36,2

Diabetes: ano ☐ ne ☒

Hypertenze: ano ☐ ne ☐

1. Vědomí

při vědomí ☐ orientovaný ☐ dezorientovaný ☒

somnolence ☐ sopor ☐ koma ☐

2. Komunikace

bez omezení ☐ zmatený ☒ rozrušený ☐ apatický ☐

spolupráce ☐ nespouprava ☐

komunikace: srozumitelná, nesrozumitelná, pomalá

překotná, zmatená

nálada: přiměřená stavu, střídání nálad, veselá, smutná, pláčtivá, úzkostná, depresivní, agresivní, strach

Brýle – kontaktní čočky ☐ sluchový aparát ☐

jiné: hluchoněmý, odezírá, nevidomý

3. Aktivita

chodí ☐ chodí s dopr. ☐ sedí ☐ leží ☒

hlů/berte ☐ protěza ☐ na lůžku - aktivně ☐

- pasivně ☐

4. Bolest

Ano ☐ ne ☒

typy bolesti: pulzující, řezavá, tupá, pálivá, krutá, nesnesitelná, kolísavá

kdy: /

kde: /

5. Alergie

Alergie ano ☒ ne ☐ dlouhodobě: /

potraviny ☐ léky ☒ ostatní: /

6. Dýchání

bez potíží ☒

příčina zhoršeného dýchání: /

kardiální ☐ astma ☐ kašel ☐ bolesti ☐ kouření ☐

jiné: /

7a. Vzhled

přiměřená, hubnutí, kachexie, obezita, pálení žahy, říhání, zvracení, žalud. dyspepsie, střevní dyspepsie, obtížné polykání

soběstačný ☐ při jídle ☒ při pití ☒ **ČISTOTNĚ**

nesoběstačný ☐ při jídle ☐ při pití ☐

Zubní protěza horní ☐ dolní ☐

7b. Příjem tekutin: přiměřený, málo, nadměrný, odmítá

Jazyk zarudlý ☐ krvácející ☐ suchý ☐

Ústa suchá ☐ nečistá ☐ zápach ☐

viz nutriční screening

8. Vylučování

Stolice: pravidelná ☐ nepravidelná ☒ podl. misa ☐

užívá projímadla – jaká: /

příjem, zácpa, meléna, stomie

inkontinence stolice ☒

inkontinence moče ☒

pálení, řezání, krvácení, zápach

moč, katétr ☐ moč. láhev ☐ pleny ☒

datum poslední katetrizace: /

9. Hygiena

pomoc při umytí ☒ oblékání ☐ ne ☐

pomoc při částečná ☐ úplná ☒

pomoc při koupeli (sprcha) částečná ☐ úplná ☒

pomoc při hygieně DÚ částečná ☐ úplná ☐

10. Klůžde

teplo, studeně, zpočtená, ochablá, drsná, otoky, hematomy, exantem

změny na kůži: ano ☐ ne ☐

dekubitus ano ☐ ne ☐

stupně:

- zčervenalí
- tvorba puchýřů
- hluboké poškození kůže a tkáně
- dekubitus na kost

uložen na andidekub. matraci ano ☐ ne ☐

11. Spánek

narušený ano ☐ ne ☒

obtížné usínání ☐

časté buzení ☐

užívá léky na spaní: jaké /

12. Kourění

ano ☐ ne ☒

13. Duchovní služby

ano ☐ ne ☒

14. Sociální podmínky

bydlí sám ano ☐ ne ☒ s kým: manžel

zájem rodiny ano ☐ ne ☐

Sociální podmínky zajišťuje a zajišťuje sociální sestra

15. Edukace klienta/rodiny

ano ☒ ne ☐

Viz edukační záznam

16. Doklad o úschově

Cennosti v centrál. trezoru ano ☐ ne ☒

doklad o úschově šatů ano ☐ ne ☐

17. Souhlas

Zdravotní stav neumožňuje splnit bod 17 ☒

Klient byl informován, že za finanční obnos a cennosti, které neuloží do centrálního trezoru, personál neodpovídá.

Klient byl informován, že ošetrovací jednotka je výukovým pracovištěm/je ošetrován studenty.

souhlasí ☐ nesouhlasí ☐

18. Plánování propuštění

není schopen vykonávat aktivity den. života a sebepečí ☐

onemocnění s dlouhodobými následky ☐

není orientován (čas, místo, osoba) ☐

problémy s medicací ☐

vyžaduje následnou rehabilitaci ☐

Klient byl seznámen s domácím řádem a právy pacientů.

Podpis sestry /

Datum /

Podpis lékaře /

Příloha č. 5

Plán ošetrovatelské péče

LÉČEBNA VRŠOVICE

Plán ošetrovatelské péče

	Č. dg.	Oš. diagnóza:	Oš. cíl	Oš. plán	
Datum stanovení	1	Bolest <input type="checkbox"/> akutní <input type="checkbox"/> chronická	<input type="checkbox"/> zmírnění bolesti <input type="checkbox"/> odstranění bolesti	<input type="checkbox"/> zjistí lokalizaci, charakter, trvání, stupeň bolesti <input type="checkbox"/> založ záznam sledování bolesti <input type="checkbox"/> informuj o úlevové poloze, prevenci bolesti (komprese rány při otáčení, vstávání, změny polohy) <input type="checkbox"/> sleduj účinek podávaných analgetik <input type="checkbox"/> věnuj pozornost psychickému stavu klienta <input type="checkbox"/> zajisti vhodný způsob RO (polohování, lokomoce, kondiční nebo aktivní cvičení)	Datum ukončení
Podpis:					Podpis:
Datum stanovení	2	Úzkost a strach z důvodu: <input type="checkbox"/> nedostatečné informovanosti <input type="checkbox"/> obavy ze smrti <input type="checkbox"/> bolesti <input type="checkbox"/> změny prostředí <input type="checkbox"/> soc. nejistoty	<input type="checkbox"/> zmírnění strachu a úzkosti <input type="checkbox"/> odstranění strachu a úzkosti	<input type="checkbox"/> promluv si s nemocným o jeho problému <input type="checkbox"/> informuj klienta o výkonech v léčebném plánu <input type="checkbox"/> seznam jej s novým prostředím <input type="checkbox"/> dlp zajisti konzultaci s lékařem <input type="checkbox"/> vytvoř podmínky pro častý kontakt s rodinou <input type="checkbox"/> zajisti RO (relaxace) <input type="checkbox"/> využij při komunikaci prvky haptiky	Datum ukončení
Podpis:					Podpis:
Datum stanovení	3	Porucha spánku z důvodu <input type="checkbox"/> bolesti <input type="checkbox"/> změny prostředí <input type="checkbox"/> psychologického stresu <input type="checkbox"/> hluku, osvětlení	<input type="checkbox"/> nepřerušovaný spánek 6 hodin <input type="checkbox"/> zajištění správného biorytmu	<input type="checkbox"/> před spaním vyvětrej, uprav lůžko <input type="checkbox"/> zajisti klid na pokoji <input type="checkbox"/> podej hypnotika (dle ordinace lékaře) <input type="checkbox"/> sleduj účinek sedativ <input type="checkbox"/> zajisti přiměřenou pohybovou aktivitu (RO)	Datum ukončení
Podpis:					Podpis:
Datum stanovení	4	Porucha soběstačnosti v oblasti: <input checked="" type="checkbox"/> hygieny <input checked="" type="checkbox"/> mobility <input checked="" type="checkbox"/> vyprazdňování <input checked="" type="checkbox"/> příjmu potravy a tekutin <input checked="" type="checkbox"/> oblékání	<input checked="" type="checkbox"/> rozpoznání a uspokojení ind. potřeb <input type="checkbox"/> osvojení způsobů umožňujících opětovné provádění činnosti	<input checked="" type="checkbox"/> zjistí stupeň soběstačnosti klienta <input checked="" type="checkbox"/> prováděj hyg. péči, krmení, oblékání, podávej nápoje <input type="checkbox"/> pečuj o NG sondu <input checked="" type="checkbox"/> zajisti všechny pomůcky k lůžku, uprav okolí lůžka a signalizaci <input checked="" type="checkbox"/> zajisti RO (polohování, aktivní cvičení, sebeobsluha) <input checked="" type="checkbox"/> spolupracuj s fyzioterapeutem a soc. pracovníci <input checked="" type="checkbox"/> nácvik používání komp. a ortopedických pomůcek <input checked="" type="checkbox"/> dohlédni na bezpečnost klienta <input checked="" type="checkbox"/> aktivně zapojuj rodinu	Datum ukončení
Podpis:					Podpis:
Datum stanovení	5	Porucha výživy z důvodu <input type="checkbox"/> nauzey, sníženého P potravy, nechutenství, poruchy polykání, mechanické příčiny <input type="checkbox"/> oslabení polykacího reflexu, obrny lícního svalů, mech. překážky	<input type="checkbox"/> nemocný má zajištěnou nutriční výživu <input type="checkbox"/> je schopen P potravy, je hydratován <input type="checkbox"/> dojde k optimálnímu zvýšení hmotnosti	<input type="checkbox"/> zjistí stravovací návyky <input type="checkbox"/> zajisti edukaci NT, výběr vhodné diety <input type="checkbox"/> zajisti vhodnou polohu při krmení <input type="checkbox"/> sleduj P potravy, P+V tekutin <input type="checkbox"/> informuj o hygieně DÚ <input type="checkbox"/> dodržuj zásady úpravy stravy a stolování	Datum ukončení
Podpis:					Podpis:
Datum stanovení	6	Porucha dýchání z důvodu <input type="checkbox"/> plíc. postižení – CHOPN, otok plíc, plícní embolie, astma, nádor <input type="checkbox"/> kardiálních příčin <input type="checkbox"/> úrazu/operace <input type="checkbox"/> těžké infekce <input type="checkbox"/> otravy CO, kyanidy <input type="checkbox"/> šokové stavy	<input type="checkbox"/> nemocný nemá dušnost <input type="checkbox"/> nemá cyanózu <input type="checkbox"/> má normální frekvenci dýchání (16-20 vdechů/min) <input type="checkbox"/> má průchodné DC	<input type="checkbox"/> zvol vhodnou polohu <input type="checkbox"/> podej zvlhčený, ohřátý O ₂ dle ordinace <input type="checkbox"/> dlp odsávej sekrety z dých. cest, sleduj vzhled sputa <input type="checkbox"/> prováděj dechová cvičení, nácvik odkašlávání <input type="checkbox"/> sleduj FF, vědomí, oxygenaci, měř frekvenci <input type="checkbox"/> podávej léky, inhalace dle ordinace lékaře <input type="checkbox"/> poskytni klientovi psych. podporu, klidné prostředí <input type="checkbox"/> sleduj poslechové fenomény	Datum ukončení
Podpis:					Podpis:
Datum stanovení	7	Porucha hydratace <input checked="" type="checkbox"/> dehydratace <input type="checkbox"/> hyperhydratace	<input checked="" type="checkbox"/> udržení objemu tekutin na optimální úrovni	<input checked="" type="checkbox"/> zjistí rizikové faktory přispívající k retenci tekutin <input checked="" type="checkbox"/> sleduj aktivní ztráty <input checked="" type="checkbox"/> sleduj FF, P, V, vědomí, těl. hmotnost <input checked="" type="checkbox"/> sleduj kožní turgor, stav sliznic, otoky <input type="checkbox"/> při zvracení zajisti pomůcky, vhod. polohu, výplach DÚ <input checked="" type="checkbox"/> zajisti časnou mobilizaci <input type="checkbox"/> sleduj frekvenci průjmu, zvracení, krvácení <input checked="" type="checkbox"/> sleduj teplotu na pokoji <input type="checkbox"/> zajisti edukaci NT (omezení soli)	Datum ukončení
Podpis:					Podpis:
Datum stanovení	8	PR kardiopulmonálních komplikací, poruchy vědomí z důvodu <input type="checkbox"/> operačního výkonu <input type="checkbox"/> poruchy cévního zásobení mozku <input type="checkbox"/> kontuze mozkové tkáně <input type="checkbox"/> ischemie myokardu	<input type="checkbox"/> nemocný nejeví známky komplikací <input type="checkbox"/> má fyziologické hodnoty <input type="checkbox"/> rozumí podaným informacím	<input type="checkbox"/> natoč EKG dle ordinace oš. lékaře <input type="checkbox"/> sleduj FF, vědomí, močení, zvracení <input type="checkbox"/> sleduj operační ránu <input type="checkbox"/> sleduj P+V tekutin <input type="checkbox"/> zajisti vhodnou polohu	Datum ukončení
Podpis:					Podpis:
Datum stanovení	9	Porucha kožní integrity (PR) z důvodu <input checked="" type="checkbox"/> imobilizace <input checked="" type="checkbox"/> inkontinence <input type="checkbox"/> operace <input type="checkbox"/> kachexie <input type="checkbox"/> základního onemocnění, DM, onem. CNS a nádor. onem.	<input checked="" type="checkbox"/> nedojde k narušení kožní integrity <input checked="" type="checkbox"/> má dostatečné prokrvení a hydratovanou kůži <input type="checkbox"/> nepocítuje bolest <input type="checkbox"/> zhojení defektu bez komplikací	<input checked="" type="checkbox"/> sleduj stav výživy, hydratace <input checked="" type="checkbox"/> pečuj o hygienu kůže <input checked="" type="checkbox"/> udržuj lůžku v suchu a čistotě <input checked="" type="checkbox"/> polohuj nemocného min. po 2 hodinách <input checked="" type="checkbox"/> zajisti edukaci fyzioterapeutem <input type="checkbox"/> při vzniku dekubitu či rány založ záznam <input checked="" type="checkbox"/> prováděj cvičení (lokomoce, nácvik soběstačnosti)	Datum ukončení
Podpis:					Podpis:
Datum stanovení	10	Porucha vyprazdňování moče z důvodu <input type="checkbox"/> nervové poruchy <input type="checkbox"/> obstrukce <input type="checkbox"/> hypertrofie prostaty <input type="checkbox"/> psychologické alterace <input type="checkbox"/> infekce	<input checked="" type="checkbox"/> zabránění vzniku močové infekce <input type="checkbox"/> dosažení fyziologického způsobu vyprazdňování moče	<input checked="" type="checkbox"/> sleduj P+V tekutin, barvu, příměsi moče <input type="checkbox"/> povzbuzuj přirozené reflexy (vhodné cviky pro zpevnění pánevního dna) <input type="checkbox"/> zajisti péči o PMK, kontroluj průchodnost <input checked="" type="checkbox"/> dbej na dostatečnou hygienu genitálií <input type="checkbox"/> zajisti výměnu PMK dle ordinace lékaře <input type="checkbox"/> zajisti soukromí při vyprazdňování	Datum ukončení
Podpis:					Podpis:

PR – potencionální riziko; RO – rehabilitační ošetřování; NT – nutriční terapeut; P, V – příjem, výdej; DM = diabetes mellitus; CNS – centrální nervový systém; PMK – permanentní močový katétr; NG sonda – nasogastrická sonda; FF – fyziologické funkce; IM – infarkt myokardu

	Č. dg.	Oš. diagnóza	Oš. cíl	Oš. plán	
Datum stanovení 17.5.12 Podpis:	11	Porucha vyprazdňování stolice z důvodu <input type="checkbox"/> zácpy <input type="checkbox"/> průjmu <input type="checkbox"/> meteorismu <input checked="" type="checkbox"/> inkontinence	<input checked="" type="checkbox"/> nemocný netrpí zácpou, průměrně pravidelně se vyprazdňuje	<input checked="" type="checkbox"/> zaznamenávej frekvenci a charakter stolice <input type="checkbox"/> zajisti soukromí při defekaci <input type="checkbox"/> zjisti přítomnost bolesti, křečí, příměsí ve stolici, zvýšené TT <input type="checkbox"/> zajisti edukaci o vhodném výběru stravy a důležitosti pitného režimu <input checked="" type="checkbox"/> u ležících dběj na hygienu genitálií	Datum ukončení Podpis:
Datum stanovení Podpis:	12	Nevolnost/zvracení z důvodu <input type="checkbox"/> anestézie <input type="checkbox"/> dietní chyby <input type="checkbox"/> onemocnění GIT <input type="checkbox"/> neurogenních příčin <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> toxického účinku léku <input type="checkbox"/> jiných příčin	<input type="checkbox"/> nemocný nemá nauzeu, nezvrací	<input type="checkbox"/> sleduj frekvenci, množství a obsah zvratků – pozor na aspiraci <input type="checkbox"/> podávej antiemetika dle ordinace, lékaře, sleduj jejich účinek <input type="checkbox"/> kontroluj P+V tekutin <input type="checkbox"/> zajisti zvýšenou péči o DÚ <input type="checkbox"/> doporuč úpravu stravy (suché pokrmy, malé porce, neдрáždivá strava)	Datum ukončení Podpis:
Datum stanovení Podpis:	13	PR TEN z důvodu <input type="checkbox"/> imobilizačního syndromu <input type="checkbox"/> upoutání na lůžko <input type="checkbox"/> operačního výkonu <input type="checkbox"/> variků <input type="checkbox"/> jiných příčin	<input type="checkbox"/> nemocný je informován o prevenci TEN <input type="checkbox"/> není ohrožen komplikacemi	<input type="checkbox"/> informuj o nutnosti RHB a cvičení na lůžku, včasné mobilizaci <input type="checkbox"/> zajisti elevaci DK <input type="checkbox"/> sleduj příznaky Ten <input type="checkbox"/> podávej antikoagulační dle ordinace lékaře <input type="checkbox"/> sleduj projevy krvácivosti <input type="checkbox"/> sleduj barvu a teplotu DK <input type="checkbox"/> zajisti hygienu a ošetření DK <input type="checkbox"/> kontroluj funkčnost BDK	Datum ukončení Podpis:
Datum stanovení Podpis:	14	PR komplikací DM z důvodu <input type="checkbox"/> nově diagnostikovaného DM <input type="checkbox"/> nedostatečných znalostí o DM <input type="checkbox"/> dietní chyby <input type="checkbox"/> operace / úrazu <input type="checkbox"/> infekce	<input type="checkbox"/> nemocný má fyziologické hodnoty glykémie	<input type="checkbox"/> informuj klienta o onemocnění, příznacích hypo/hyperglykémie a komplikacích <input type="checkbox"/> sleduj lab. hodnoty glykémie, FF a těl. hmotnost, popř. projevy hypo/hyperglykémie <input type="checkbox"/> podávej léky přesně dle ordinace <input type="checkbox"/> informuj o aplikaci inzulínu a zajisti nácvik <input type="checkbox"/> zajisti edukaci NT <input type="checkbox"/> sleduj P+V tekutin	Datum ukončení Podpis:
Datum stanovení Podpis:	15	PR vzniku infekce z důvodu <input type="checkbox"/> zavedení IVK, ČŽK, PMK <input type="checkbox"/> aplikace i.m. i.v., s.c. injekce <input type="checkbox"/> operační rány <input type="checkbox"/> imunosuprese	<input type="checkbox"/> nemocný chápe příčiny vzniku infekce <input type="checkbox"/> není ohrožen infekcí	<input type="checkbox"/> pouč klienta o poč. příznacích infekce <input type="checkbox"/> sleduj průchodnost cévních invazivních vstupů (IVK, ČŽK, PMK), dobu zavedení <input type="checkbox"/> kontroluj operační rány (obvazy) <input type="checkbox"/> sleduj krvácení, obvody DK <input type="checkbox"/> sleduj barvu kůže, prokrvení končetin <input type="checkbox"/> prováděj aseptické ošetřování <input type="checkbox"/> měň místa vpichu při aplikaci injekcí	Datum ukončení Podpis:
Datum stanovení Podpis:	16	Kašel	<input type="checkbox"/> zmírnění kašle <input type="checkbox"/> odstranění kašle	<input type="checkbox"/> sleduj intenzitu a charakter kašle <input type="checkbox"/> sleduj vzhled a množství sputa <input type="checkbox"/> zajisti dostatek teplejších tekutin <input type="checkbox"/> prováděj pokleповé masáže, úlevové polohy dle potřeby <input type="checkbox"/> sleduj účinek podávaných léků a inhalací <input type="checkbox"/> dlp odsávej HDC	Datum ukončení Podpis:
Datum stanovení 17.5.12 Podpis:	17	Porucha verbální a neverbální komunikace, zmatenost z důvodu <input type="checkbox"/> somatického onem. <input checked="" type="checkbox"/> psychiatrického onem. <input type="checkbox"/> afázie <input type="checkbox"/> šokových stavů <input type="checkbox"/> jiných příčin	<input checked="" type="checkbox"/> nemocný chápe změnu způsobu komunikace <input checked="" type="checkbox"/> sděluje své potřeby s minimální frustrací <input type="checkbox"/> verbalizace svého postužení <input checked="" type="checkbox"/> účelně koordinuje pohyby těla, reaguje na dotek	<input checked="" type="checkbox"/> zjisti příčinu, zhodnoť a zdokumentuj schopnosti nemocného <input checked="" type="checkbox"/> mluví na nemocného pomalu, zřetelně a klidně <input checked="" type="checkbox"/> nauč nemocného neverbální prostředky dorozumívání <input checked="" type="checkbox"/> povzbuzuj nemocného k pomalému vyjadřování, příp. k opakování žádosti <input type="checkbox"/> zajisti odbornou pomoc (logopeda)	Datum ukončení Podpis:
Datum stanovení Podpis:	18	PR úrazu z důvodu <input type="checkbox"/> poruchy pohybového ústrojí <input type="checkbox"/> neurologického, smyslového, kardiiovaskulárního, psychiatrického onemocnění <input type="checkbox"/> celkové slabosti <input type="checkbox"/> medikace	<input type="checkbox"/> nemocný si je vědom možnosti úrazu <input type="checkbox"/> jsou odstraněny rizikové faktory <input type="checkbox"/> je upraveno prostředí	<input type="checkbox"/> zjisti úroveň myšlení a chápání <input type="checkbox"/> zajisti pomůcky pro bezpečnost <input type="checkbox"/> uprav vhodně okolí lůžka <input type="checkbox"/> informuj nemocného o prevenci, pomůckách a opatřeních, doporuč vhodnou obuv	Datum ukončení Podpis:
Datum stanovení Podpis:	19	Agresivita z důvodu <input type="checkbox"/> nesoběstačnosti <input type="checkbox"/> onemocnění CNS <input type="checkbox"/> psychiatr. onemocnění <input type="checkbox"/> intoxikace alkoholem <input type="checkbox"/> nezpracované stresové situace	<input type="checkbox"/> zvládne své chování sám nebo s pomocí druhých <input type="checkbox"/> pochopí příčinu	<input type="checkbox"/> akceptuj pocity nemocného <input type="checkbox"/> zajisti vlastní bezpečnost <input type="checkbox"/> přistupuj k nemocnému s klidem a jistotou <input type="checkbox"/> odstraň provokující vlivy	Datum ukončení Podpis:
Datum stanovení Podpis:	20	Osamělost z důvodu <input type="checkbox"/> citové deprivace <input type="checkbox"/> tělesné a sociální izolace	<input type="checkbox"/> navázání vztahů v blízkém okolí <input type="checkbox"/> zájem o vytvoření vztahů, které nemocný považuje za sobě prospěšné	<input type="checkbox"/> zjisti příčinu <input type="checkbox"/> všiměj si poruch spánku, úzkosti, neklidu, chuti k jídlu <input type="checkbox"/> zjisti, zda má nemocný osobní kontakty <input type="checkbox"/> zapoj nemocného do různých činností <input type="checkbox"/> zajisti kontakt s ergoterapeutem	Datum ukončení Podpis:
PR – potencionální riziko; RO – rehabilitační ošetřování; NT – nutriční terapeut; P, V – příjem, výdej; DM – diabetes mellitus; CNS – centrální nervový systém; PMK – permanentní močový katétr; NG sonda – nasogastrická sonda; FF – fyziologické funkce; IM – infarkt myokardu; TT – těl. teplota; GIT – gastrointestinální trakt; DÚ – dutina ústní; DK – dolní končetiny; BDK – bandáže DK; IVK – intravenózní katétr; ČŽK – centrální žilní katétr; i.m. – intramuskulární; i.v. – intravenózní; s.c. – subkutánní; HDC – horní dýchací cesty;					

Realizace ošetrovatelského plánu

499 Stanice 4
320 Obilnáčevé 63 719, 710, 00-Práha 10

[illegible]

Realizace ošetrovateľského plánu (2. strana)



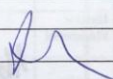
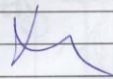

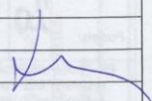
[illegible][illegible]

Podpis a razítko sestry (den)

Podpis a razítko sestry (noc)

Podpis a razítko RHB pracovníka

Hodnocení

Datum	Čas	Hodnocení	Podpis
		(všeob.sestra, fyzioterapeut, psycholog, nutriční terapeut, soc.sestra)	
20.1.13	19.00	KOP, nespokojenost, komunikace smutná, slovně agresivní, hrubá, hydratovaná, peč o pokožku, vertikalizace v křesle, MOTOMED -oře peč při sávisla na sestru	
22.1.13	19.00	Pacientka nespokojenost při hygieně, byla slovně agresivní, po obědi již klidná a v rámci možností i komunikativní -hrubá, hydratovaná, peč o pokožku, vertikalizace v křesle, MOTOMED -oře peč při sávisla na sestru	
23.1.13	19.00	Pacientka nespokojenost, duševní nekomunikuje, hrubá, hydratovaná, peč o pokožku, vertikalizace v křesle, MOTOMED v rámci fyzioterapie -oře peč při sávisla na sestru	
24.1.13	19.00	Pacientka v rámci možností komunikuje, v dobré náladě, hrubá, hydratovaná, polohována, peč o pokožku, vertikalizace v křesle, MOTOMED -oře peč při sávisla na sestru	
25.1.13	19.00	Pacientka nekomunikuje, je smutná, slovně agresivní, hrubá, polohována, hydratovaná, peč o pokožku, vertikalizace v křesle, MOTOMED v rámci fyzioterapie -oře peč při sávisla na sestru	
26.1.13	19.00	Pacientka v dobré náladě, snaží se spolupracovat, vertikalizována v křesle, MOTOMED v rámci fyzioterapie, hrubá, hydratovaná, peč o pokožku -oře peč při sávisla na sestru	

Příloha č. 8 Rehabilitační plán fyzioterapeuta

Jméno a příjmení klienta:	Rehabilitační záznamy fyzioterapeuta				
	Dat./čas 21.1.13	Dat./čas 22.1.13	Dat./čas 23.1.13	Dat./čas 24.1.13	Dat./čas 25.1.13
paní H.					
	MOTOMED 25' na DK stoj v VCH v pokoji v lůžku Slow stejný	MOTOMED 25' na DK RHB na lůžku Slow stejný	MOTOMED 25' na DK RHB na lůžku Slow stejný	MOTOMED 25' na DK stoj ve VCH v pokoji v lůžku Slow stejný	MOTOMED 25' na DK RHB na lůžku Slow stejný
Kineziologický rozbor	1x D	1x D	1x D	1x D	1x D
Dýchová cvičení, prevence TEN	/	/	/	/	/
Protahování spastických svalů	/	/	/	/	/
Měkké techniky, mobilizace	/	/	/	/	/
Cvičení HKK, DKK aktivní, s dopomocí, pasivní	> dopomocí	> dopomocí	> dopomocí	> dopomocí	> dopomocí
Sed samostatný, s dopomocí, neudrží se, nelze	> dopomocí vydrazena v křesle	> dopomocí vydrazena v křesle	> dopomocí	> dopomocí vydrazena v křesle	> dopomocí
Stoj samostatný, s dopomocí, s opěrnou pomůckou, nelze	> dopomocí a opěrnou pomůckou	nelze	nelze	> dopomocí vysokýhozadník	nelze
Chůze samostatná, s dopomocí, s opěrnou pomůckou, nelze	nelze	nelze	nelze	> VCH 2 kroky v točce	nelze
Spolupráce 0-nespolupracuje, 1-snaží se vyhovět, 2-spolupráce omezená, 3-aktivně spolupracuje	0-1	0	0	1	0
Podpis	Štef	Štef	Štef	Štef	Štef